

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

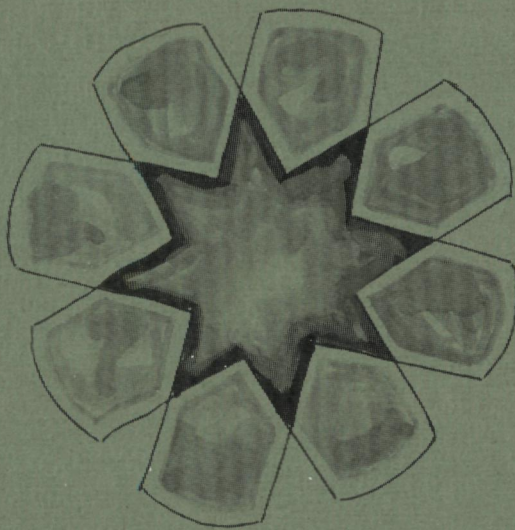
<http://hdl.handle.net/2066/145804>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

4824

# Groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis

Een klinisch-psychologisch evaluatieonderzoek  
in een algemeen ziekenhuis



H.H. Wessels



# **Groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis**

**Een klinisch-psychologisch evaluatieonderzoek  
in een algemeen ziekenhuis**





Een klinisch-psychologisch evaluatieonderzoek in een algemeen ziekenhuis

Een wetenschappelijke proeve  
op het gebied van de Sociale Wetenschappen.

Proefschrift

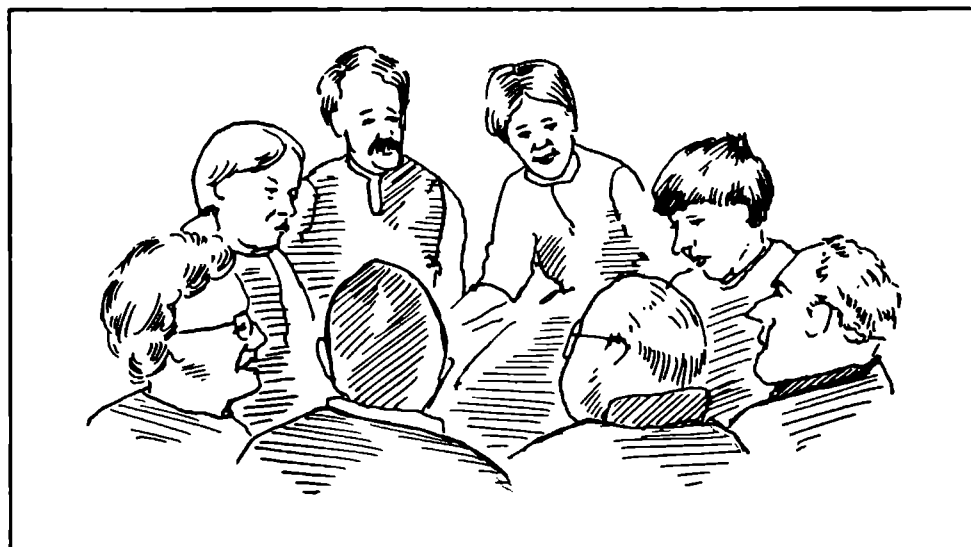
ter verkrijging van de graad van  
doctor aan de Katholieke Universiteit Nijmegen,  
volgens besluit van het College van Decanen  
in het openbaar te verdedigen  
op maandag 20 juni 1994  
des namiddags te 1.30 precies  
door

Hermanus Henricus Wessels  
geboren 2 september 1947 te Lichtenvoorde

**Promotor : Prof. Dr. C.P.F. van der Staak**  
**Copromotor : Dr. J.J.L. Derksen**

**Omslagontwerp en illustratie: Monique Wessels-Oude Lansink**

**ISBN 90-9007112-1**



Voor mijn Ouders,  
Voor Hanneke, Annemarie, Bernard-Jan





## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>	<b>11</b>
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>Hoofdstuk 2 Classificatie en fenomenologische beschrijving van de somatoforme stoornissen</b>	<b>15</b>
2.1. Inleiding	15
2.2. Hypochondrie	15
2.3. Verstoorde lichaamsbeleving	18
2.4. Conversiestoornis	19
2.5. Somatisatiestoornis	19
2.6. Somatoforme pijnstoornis	20
2.7. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	21
2.8. Niet anderszins omschreven somatoforme stoornis	22
2.9. D.S.M.-IV Draft Criteria	23
2.10. Conclusie	23
<b>Hoofdstuk 3 Epidemiologie en differentiaal diagnostiek van de somatoforme stoornissen</b>	<b>25</b>
3.1. Inleiding	25
3.2. Prevalentie	25
3.3. Sexeverhouding	26
3.4. Leeftijd	26
3.5. Sociale klasse, opleiding, intelligentie	26
3.6. Verloop en prognose	27
3.7. Comorbiditeit en differentiaal diagnostiek	27
3.8. Discussie	30
<b>Hoofdstuk 4 Etiologie van de somatoforme stoornissen</b>	<b>35</b>
4.1. Inleiding	35
4.2. Etiologische factoren	35
4.2.1. Antecedente factoren	35
4.2.1.1. Psychosociale en genetische factoren	35
4.2.1.2. Cognities	36
4.2.1.3. Copingstijl	37
4.2.2. Uitlokkende factoren	38
4.2.3. Consequente factoren	39
4.3. Etiologische benaderingen	40
4.3.1. Psychodynamische benadering	40
4.3.2. Existentieel-fenomenologische benadering	41
4.3.3. Leertheoretische benadering	42
4.3.4. Cognitieve benadering	43
4.4. Samenvatting	44

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Groepsbehandeling bij patiënten met somatoforme stoornissen</b>	<b>45</b>
5.1.	Inleiding	45
5.2.	Vormen van groepstherapie	46
5.2.1.	Educatief-steunende groepstherapieën	47
5.2.2.	Gedragstherapeutisch georiënteerde groepstherapieën	47
5.2.3.	Interactioneel-psychodynamische groepstherapieën	49
5.3.	Specifieke groepsbehandelingsaspecten, vorming van de groep en prognose	50
5.4.	Effectstudies van groepstherapieën bij patiënten met psychosomatische en somatoforme stoornissen	54
5.4.1.	Educatief-steunende groepstherapieën	54
5.4.2.	Interactioneel-psychodynamische groepstherapieën	55
5.4.3.	Gedragstherapeutische groepstherapieën	55
5.4.4.	Bespreking van de effectstudies	56
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Vraagstelling en Methode</b>	<b>59</b>
6.1.	Vraagstelling	59
6.2.	Methode	60
6.2.1.	Patiënten	60
6.2.2.	Behandelingsprogramma	66
6.2.3.	Onderzoeksdesign	68
6.2.4.	Statistische analyse	69
6.2.5.	Meetinstrumenten	70
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Resultaten</b>	<b>73</b>
7.1.	Vergelijking met normgroepen	73
7.2.	Algemene behandelingseffecten	74
7.2.1.	Hypothese 1	74
7.2.2.	Hypothese 2	77
7.3.	Differentiële behandelingseffecten	78
7.4.	Stepdownanalyse	81
7.5.	Satisfactie met de behandeling, problematisering van de klachten en continuering van hulpzoeken na de behandeling	85
7.6.	Relatie tussen somatiseren, behandelingseffect, demografische variabelen, persoonsvariabelen en klachtvariabelen	85
7.7.	Dropoutpatiënten, steekproefrepresentativiteit en vergelijkbaarheid van de experimentele en controlegroep	87
7.8.	Casuïstiek	89
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Discussie</b>	<b>93</b>
8.1.	Behandelingseffecten	93
8.2.	Differentiële behandelingseffecten	95
8.3.	Effectieve behandelingscomponenten	95

8.4.	Epidemiologie	96
8.5.	Vroegere ervaringen, sociale klasse en stamgezin	97
8.6.	Comorbiditeit en differentiaal diagnose	97
8.7.	Betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten	98
8.8.	Implicaties van de onderzoeksresultaten en suggesties voor verder onderzoek	99
<b>Hoofdstuk 9 Samenvattingen</b>		<b>103</b>
9.1.	Samenvatting	103
9.2.	Summary	107
Bijlagen		111
Literatuur		169
Curriculum vitae		189





## Voorwoord

Een proefschrift schrijf je alleen. Velen hebben echter geholpen dit mogelijk te maken.

Op deze plaats wil ik allen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan de tot standkoming van dit proefschrift.

Allereerst wil ik mijn promotor prof. dr. C.P.F. van der Staak en copromotor dr. J.J.L. Derksen bedanken voor hun kritisch opbouwende commentaar, hun enthousiasmerende en nooit aflatende hulp en begeleiding. Op moeilijke momenten gaf mij dit de motivatie en steun door te gaan.

Dr. Rien Breteler gaf adviezen met betrekking tot de methodologische opzet van het onderzoek. Bedankt Rien voor je inbreng.

Veel dank ben ik ook verschuldigd aan drs. Frans Gremmen voor zijn geduldige en inspirerende wijze waarop hij mij inwijdde in de techniek van MANOVA en de toepassing en interpretatie hiervan met behulp van SPSS-PC.

Drs. Joep Giling, assistent klinisch psycholoog in opleiding, leverde een substantiële bijdrage in de uitvoeringsfase van het onderzoek. Je was co-therapeut, je leverde een bijdrage aan de diagnostiek en je hebt veel tijd gestoken in het inbrengen en verwerken van de vele data in SPSS-PC. Bedankt Joep voor je onmisbare bijdrage en steun die ik van jou heb mogen ontvangen.

Drs. Sylvia Hoppenbrouwers, assistent klinisch psycholoog in opleiding, was tot haar vertrek naar een ander opleidingsziekenhuis eveneens betrokken bij de groepsbehandelingen. Bedankt Sylvia voor jouw bijdrage.

Het leeuwedeel van de psychologische vragenlijsten werd gescoord door de psychologisch assistenten Gabriëlle Wennekes en Anneke Heutink. Gabriëlle en Anneke, bedankt voor jullie grote inzet en accuratesse.

Mevr. J.Mentink wil ik bedanken voor het typen van het manuscript.

Dhr. Harrie Spekschoor en dhr. drs. W.J. Kottier wil ik ervoor bedanken dat ze de nederlandstalige tekst respectievelijk de engelstalige samenvatting nog eens kritisch op spellings en stijlfouten hebben willen bekijken.

Last but not least wil ik mijn vrouw Hanneke en mijn kinderen Annemarie en Bernard-Jan bedanken voor hun vele geduld en steun als ik voor de zoveelste keer weer "boven" achter mijn PC zat.



## Hoofdstuk 1. Inleiding

Deze studie heeft betrekking op het diagnostisch onderzoek en de groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis.

De DSM-III-R-1987 onderscheidt de volgende zeven somatoforme stoornissen: de verstoorde lichaamsbeleving, de conversie, de hypochondrie, de somatisatiestoornis, de somatoforme pijnstoornis, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de niet anderszins omschreven somatoforme stoornis.

Gemeenschappelijk in deze somatoforme stoornissen is de aanwezigheid van lichamelijke klachten zonder aantoonbare lichamelijke oorzaken, dan wel de grote discrepantie tussen de lichamelijke aandoeningen enerzijds en de presentatie van de klachten en sociaal-maatschappelijke consequenties anderzijds.

De klinisch psycholoog in een algemeen ziekenhuis wordt door de medisch specialisten geconsulteerd voor een veelheid van psychologische stoornissen en ziektebeelden, waarbij een psychische (co)determinantie wordt vermoed.

In de brochure "de klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis" (1985), uitgegeven door het Nederlands Instituut Van Psychologen worden de volgende categorieën genoemd:

- Somatopsychologische stoornissen; het gaat hier om de psychologische gevolgen van somatische ziekten of ingrepen.
- Neuropsychologische beelden; hier betreft het de diagnostiek en zo mogelijk de behandeling van cognitief-psychologische functiestoornissen ten gevolge van een organisch-cerebraal dysfunctioneren.
- Psychogerontologische problematiek; een veel voorkomende vraagstelling is hier de differentiaal diagnostiek dementie versus depressie.
- Ontwikkelingsstoornissen; hierbij gaat het om de gestoord verloopende ontwikkeling bij kinderen ten gevolge van een cerebraal dysfunctioneren en/of emotionele problematiek.
- Psychosomatische aandoeningen; het betreft hier lichamelijke aandoeningen (zoals bijvoorbeeld hart en vaatziekten, reumatische artritis, migraine, maagzweer en dergelijke) die mede uitgelokt worden door psychologische factoren. In de DSM-III-R-1987 worden deze ziektebeelden beschreven onder de noemer van psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden.
- (Psycho)functionele klachten; als voorbeelden worden genoemd de conversieverschijnselen, hypochondrische preoccupaties, orgaanneurotische stoornissen, bepaalde spasmen en pijnklachten.

De lezer herkent in deze voorbeelden een aantal somatoforme stoornissen zoals deze in de DSM-III-R-1987 worden beschreven.

De reden om patiënten met een somatoforme stoornis te onderwerpen aan psychologische diagnostiek en behandeling zijn meerderlei. Deze patiënten worden in het ziekenhuis vaak gezien door de klinisch psycholoog. De patiënten doen een veelvuldig beroep op de huisarts en medisch specialist voor onderzoek, behandeling en geruststelling. Vaak ook is er sprake van veel medicatiegebruik. Deze patiënten worden vaak door meerdere specialisten onderzocht met behulp van hoge kosten genererende diagnostische hulpmiddelen ter uitsluiting van eventuele lichamelijke oorzaken. Bij deze patiëntencategorie is dus sprake van een hoge, kosten makende, medische consumptie. De huisarts en de medische specialisten voelen zich vaak machteloos door het emotionele appèl en soms hulpafwijzende klaaggedrag van deze patiënt, waardoor bij de patiënt de reeds aanwezige frustratie- en insufficiëntiegevoelens versterkt kunnen worden. De patiënt kan



zich bovendien onbegrepen, gekrenkt en in de steek gelaten voelen als hij tenslotte door de medisch specialist wordt verwezen voor psychologische hulpverlening. Vroegtijdige verwijzing naar de klinisch psycholoog door de huisarts en medisch specialist voor psychologisch onderzoek en behandeling kan een kostenbesparing opleveren, doordat in een vroeger stadium psychologische problemen als oorzaak van de lichamelijke klachten gediagnostiseerd kunnen worden. Op patiëntniveau kan op deze wijze een positieve bijdrage geleverd worden aan de vermindering van iatrogene risico's en klachtenbestendigende interventies.

Groepsbehandeling kan daarbij een toegevoegde waarde hebben boven een individuele behandeling.

Vanuit de probleemstelling dat deze patiëntenpopulatie een hoge medische consumptie laat zien en moeilijk behandelbaar is, wordt de vraagstelling geformuleerd of een kortdurende gestructureerde groepsgerichte behandeling een meerwaarde toevoegt aan een regulier medische behandeling.

Somatoforme stoornissen kunnen worden onderscheiden (zie ook par. 3.7) van psychosomatische klachten oftewel (DSM-III-R) psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden (klachten hebben een organische basis), van aanpassingsstoornissen met lichamelijke klachten (aanwezigheid van een duidelijk herkenbare psychosociale stressfactor), van nagebootste stoornissen met lichamelijke klachten (opzettelijk tonen of simuleren van lichamelijke verschijnselen). Deze andere stoornissen behoren niet tot het onderwerp van deze studie.

Deze studie is als volgt opgebouwd.

In *hoofdstuk 2* wordt een classificatie en fenomenologische beschrijving gegeven van de onderscheiden somatoforme stoornissen volgens het DSM-III-R-1987 classificatiesysteem, steeds geïllustreerd aan de hand van een casus.

In *hoofdstuk 3* wordt aandacht gegeven aan de epidemiologie en de differentiaal diagnostiek van de somatoforme stoornissen.

*Hoofdstuk 4* behandelt de etiologie in termen van een aantal etiologische factoren en er wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste etiologische benaderingen ter verklaring van de somatoforme stoornissen.

In *hoofdstuk 5* volgt een bespreking van het literatuuronderzoek naar de groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis.

*Hoofdstuk 6* behandelt de vraagstelling en methode van een evaluatie-onderzoek van een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader bij poliklinische patiënten met somatoforme stoornissen die door de huisarts of medisch specialist waren verwezen. Na de bespreking van de inclusiecriteria wordt aandacht gegeven aan het behandelingsprogramma. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van het gebruikte onderzoeksdesign, de statistische analyse en de beschrijving van de meetinstrumenten.

*Hoofdstuk 7* beschrijft de resultaten van de groepsbehandeling.

*Hoofdstuk 8* bevat de discussie.

In *hoofdstuk 9* staan de samenvattingen in het Nederlands en Engels.

## Hoofdstuk 2. Classificatie en fenomenologische beschrijving van de somatoforme stoornissen

### 2.1. Inleiding

Essentieel kenmerk van somatoforme stoornissen is de aanwezigheid van lichamelijke klachten, zonder aantoonbare lichamelijke oorzaak met aanwijzingen of sterke vermoedens dat er een relatie is met psychologische factoren (DSM-III-R 1987). De DSM-III-R (1987) geeft de volgende zeven categorieën van somatoforme stoornissen:

verstoorde lichaamsbeleving, conversie, hypochondrie, somatisatiestoornis, somatoforme pijnstoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis en niet anderszins omschreven somatoforme stoornis. Voor een overzicht van de diagnostische criteria van de onderscheiden syndromale categorieën: zie bijlage I.

Ondanks de kritiek op de DSM-III-R (1987) (zie par. 3.8.) is in dit onderzoek van dit classificatiesysteem gebruik gemaakt vanwege het veelvuldige en internationale gebruik ervan.

Hieronder volgt een fenomenologische beschrijving van de genoemde zeven categorieën, steeds geïllustreerd aan de hand van een casus. De hypochondrie wordt als eerste besproken omdat deze klacht veel voorkomt en ook in de literatuur veel aandacht heeft gekregen.

### 2.2. Hypochondrie

*Mevrouw Geessink, 55 jaar, is gehuwd en heeft twee kinderen. Zij is huisvrouw. Zij heeft sinds ruim 30 jaar met wisselende ernst last van een kankerfobie. Met name het laatste jaar, na een griepje dat gepaard ging met hoesten, heeft zij hier weer veel last van. Zij probeert het hoesten zoveel mogelijk te vermijden vanuit de irrationele idee dat "wie niet hoest ook geen longkanker heeft". Wel kucht zij voortdurend. De hieruit voortvloeiende irritatie en het globusgevoel interpreteert ze vervolgens als uiting van een mogelijke keelkanker. Mevrouw is adipeus. Zij weegt 104 kilo, doch durft niet te vermageren vanuit de overweging dat mensen met kanker vaak sterk vermageren. Ook haar pijn in de rug en buik, interpreteert zij hypochonder. Mevrouw herinnert zich dat de preoccupatie met kanker voor het eerst begon na een, achteraf onnodig gebleken, blindedarmoperatie i.v.m. vage buikpijnlachten. De chirurg maakte in haar ogen veelbetekenende opmerkingen, welke zij achterdochtig interpreteerde. Een andere opmerking van een arts ooit gemaakt "je moet eens ophouden met zeuren anders krijg je nog eens kanker van het zeuren" staat ook diep in haar geheugen gegrift en heeft haar een tijdlang met angst vervuld. Mevrouw vertoont veel vermijdingsgedrag. Zij bezoekt veelvuldig de huisarts en specialisten voor onderzoek en geruststelling. Ze zoekt voortdurend naar informatie die haar angsten verminderen. De afgelopen jaren is ze bij meerdere specialisten geweest. Er werden geen lichamelijke afwijkingen gevonden. Antidepressieve medicatie heeft geen effect gehad. Mevrouw weet inmiddels dat haar angsten ongegrond zijn, doch zij weet na verloop van tijd geen andere oplossing voor haar weer toegenomen twijfels dan geruststelling te zoeken bij huisarts, specialisten en echtgenoot. Deze laatste is zeer geduldig, maar raakt bij tijden ook geïrriteerd, net als de artsen. Haar sterke motivatie voor deelname aan groepsbehandeling wordt mede gevoed door de hoop voldoende gerustgesteld te*

*zullen worden door de medegroepsleden.*

Het essentiële kenmerk van de hypochondrie is de preoccupatie met en angst voor een ernstige lichamelijke ziekte, welke gebaseerd wordt op onjuiste interpretatie van lichamelijke klachten of sensaties.

De lichamelijke verschijnselen of sensaties waarop de preoccupatie betrekking heeft, zijn divers en betreffen met name pijnsensaties, doch ook: tintelingen, trillingen, kloppingen, moeheid, kleine fysieke aandoeningen of huidonregelmatigheden (Lipowski, 1986; 1987; 1988; Kenyon, 1964; 1976; APA, 1987).

De betrokken lichaamsregio's zijn vooral: hoofd en nek, buik, borst en rug. In mindere mate huid, haar, ogen, oren, keel en genitalia.

Voor wat betreft de orgaansystemen gaat het vooral om het spier-skelet systeem, het gastro-intestinale systeem, het cardio-vasculaire systeem en het centrale zenuwstelsel (Ford, 1983; Kenyon, 1964; 1976; Pilowsky, 1970; Lipowsky, 1988).

Evenals bij de conversiestoornis zouden bij de hypochondrie de klachten vaker linkszijdig voorkomen. Kenyon (1969; 1976) noemt respectievelijk 18,9 % en 16 % unilateraliteit, waarvan 65 % respectievelijk 73 % linkszijdig zou zijn.

Ondanks de preoccupatie met hun gezondheid houden hypochondrische patiënten er geen gezonde leefstijl op na (Kellner, Abbott, Pathak, Winslow en Umland, 1983; Korrelboom en Kernkamp, 1988). Patiënten die bijvoorbeeld doodsbang zijn voor longkanker blijven roken.

Hypochondrie gaat veelvuldig gepaard met depressie en angst (zie o.a. Kenyon, 1964; 1976; Kellner, 1985; 1986; APA, 1987). Dit laatste is voor Pilowski (1970) aanleiding een onderscheid te maken tussen primaire hypochondrie (hypochondrie is de meest op de voorgrond tredende stoornis) en secundaire hypochondrie (angst en depressie staan meer op de voorgrond en zijn oorzaak van, respectievelijk onderhouden de hypochondrische angsten). Kenyon (1964; 1976) gaat nog een stap verder door te stellen dat hypochondrie in primaire vorm niet bestaat, doch altijd een onderdeel is van een onderliggende stoornis en dan meestal van een affectieve stoornis.

Warwick en Salkovskis (1990) zijn van mening dat deze conclusie van Kenyon gebaseerd is op retrospectieve data en dat geoperationaliseerde diagnostische criteria ontbraken. Het onderscheid in primaire en secundaire hypochondrie heeft implicaties voor de behandeling. Bij een secundaire hypochondrie kan men namelijk een medicamenteuze behandeling met antidepressiva respectievelijk anxiolytica overwegen.

Hypochondrie kan op een viertal wijzen worden gedefinieerd (Barsky en Klerman, 1983):

- a. als een psychiatrisch syndroom bestaande uit functioneel-somatische klachten, ziektevrees, lichamelijke preoccupatie en het voortdurend zoeken van medische zorg,
- b. vanuit psycho-dynamisch gezichtspunt als een reactie op verdrongen agressie en/of orale thematiek, dan wel als een afweer tegen schuldgevoelens en lage eigenwaarde,
- c. als een perceptuele- en cognitieve stoornis,
- d. als sociaal geleerd ziektegedrag dat in stand wordt gehouden door interpersoonlijke beloningen.

Barsky en Klerman (1983) stellen vanwege deze veelheid van conceptualisaties, begripsverwarring en historische ambiguïteit voor de term hypochondrie te laten vervallen en introduceren in plaats daarvan het begrip "amplifying somatic style". Salkovskis en Warwick (1986), Warwick en Salkovskis (1990) stellen om soortgelijke overwegingen voor het begrip hypochondrie te vervangen door het begrip "morbid health preoccupation", mede vanuit de overweging dat angsten omtrent de gezondheid ook veel en fluctuerend voorkomen in de gezonde, niet-psychiatrische populatie. De kritiek van Schey (1986) is terecht als deze stelt: "echter, de beide voorgestelde benamingen "amplifying somatic style", zowel als "morbid health preoccupation" geven de specificiteit van hypochondrie ten opzichte van de andere somatoforme stoornissen niet weer". Een ondersteuning voor de kritiek van Schey wordt gevonden in het onderzoek van Barsky, Wyshak en Klerman (1986). Op basis van zelfbeoordelvingsvragenlijsten, gestructureerd interview en medisch dossieronderzoek werden de drie essentiële hypochondrische attitudes bestaande uit ziektevreze, ziekte-overtuiging en lichamelijke preoccupatie vastgesteld.

Meerdere classificaties van hypochondrie zijn mogelijk. Lipovski (1986; 1987), Beunderman en Duyvis (1986), Orlmans en Ten Doesschate (1976) definiëren uitgaande van de drie componenten van een emotie, een emotionele component, bestaande uit de hypochondrische angsten, een cognitieve component, bestaande uit de perceptuele en cognitieve misattributies en ten slotte de gedragscomponent bestaande uit de vermijdingsgedragingen.

Deze drie componenten komen overeen met bovengenoemde drie essentiële hypochondrische attitudes van Barsky, Wyshak en Klerman (1986).

Lipowski (1988) onderscheidt de volgende vier dimensies:

1. De duur van de klacht variërend van voorbijgaand tot chronisch (zie ook Pilowski, 1970).
2. De mate van hypochondrie.  
In dit verband is ook relevant de driedeling die Kellner (1985) introduceert. Hij definieert op basis van ernst, genese en prognose de drie subgroepen:
  - a. hypochondrische reactie als een passagère aanpassingsstoornis,
  - b. hypochondrische neurose,
  - c. ontwikkelingshypochondrie als een persoonlijkheidsstoornis.
3. De mate van overte emotionaliteit waarbij dit varieert op een dimensie die loopt van onverschilligheid (bijvoorbeeld zoals bij la belle indifférence) naar de ge-agiteerde depressie.
4. De mate van alexithymie d.w.z. het (on-)vermogen van de patiënt om zijn gevoelens te verwoorden.

McCranie (1979) onderscheidt twee typen hypochondrie op basis van de motieven van de patiënt: Het ambitieuze type en de ziekerol patiënt. Het ambitieuze type patiënt is slechts tevreden met een definitieve diagnose en behandeling. Daar deze diagnose en behandeling na verloop van tijd weer onvrede en vraagtekens oproept, blijft deze patiënt eindeloze geruststelling en behandeling zoeken. De ziekerol type patiënt is tevreden met elke diagnose of behandeling die hem of haar rechtvaardigt om in de ziekerol te kunnen blijven. Deze patiënt wil niet genezen en verkiest, in tegenstelling tot het eerste type, een symptomatische behandeling boven een "definitieve" behandeling. Dit type patiënt geeft derhalve blijk van grote therapietrouw.

Schmitz (1991) onderscheidt naar analogie van de DSM-III-R-1987 een mentale



hypochondriestoomnis, waarbij de preoccupatie niet zo zeer gerelateerd is aan lichamelijke verschijnselen of gewaarwordingen, maar betrekking heeft op de vrees of overtuiging niet meer normaal te kunnen denken en voelen. Hij onderscheidt hierbij een chronische en een acute variant. De chronische variant definieert hij dan aan de hand van de volgende aangepaste DSM-III-R-1987 hypochondrie criteria:

1. Preoccupatie met de vrees of de overtuiging niet normaal te kunnen denken of voelen. Deze overtuiging is gebaseerd op de persoonlijke interpretatie van het eigen (mentale) gedrag in allerlei situaties. Voorbeelden: "het is toch niet normaal dat ik zulke agressieve gedachten heb als mijn kinderen ruzie maken."
2. Psychiatrisch of psychologisch onderzoek brengt geen formele stoornis in denken of voelen aan het licht. De vrees of overtuiging wordt door de omgeving van de patiënt ook niet gedeeld. Relativering of ontkenning door de omgeving heeft geen enkel effect.
3. De persoon is in staat om de mogelijkheid te erkennen dat hij wellicht toch "normaal" is.

De acute variant van de mentale hypochondrie verloopt volgens Schmitz via processen zoals deze bij het cognitieve model van de paniekstoornis zijn beschreven, in die zin dat catastrofale gedachten zich ontwikkelen in de sfeer van de angst om "gek" te worden en gedachten niet meer onder controle te zullen kunnen houden.

### 2.3. Verstoorde lichaamsbeleving

*Dhr. Arends is 45 jaar, gehuwd en heeft twee kinderen. Hij is een keurig geklede produktiemedewerker. Hij is ietwat ijdel, dwangmatig en vlot van de tongriem gesneden. Zijn klachten presenteert hij op een geroutineerde "matter of fact"-wijze. Hij maakt een rationele indruk. Dhr. O heeft als belangrijkste klachten een jeukend, brandend gevoel in zijn voeten en gevoelloosheid bij langer staan. Hij ervaart zijn voeten als afwijkend qua vorm, hoewel hij zich kan voorstellen dat een ander geen bijzonderheden aan zijn voeten zal opmerken. De klachten bestaan sinds ca. vijf jaar, zijn geleidelijk verergerd en zijn voor hem een obsessie geworden. Hij voelt zich hierdoor gespannen en depressief. Hij heeft inmiddels meerdere specialisten geraadpleegd, waaronder de orthopeed, die hem doorverwees naar de internist en psychiater. Tot op heden zonder blijvend resultaat. Hij gebruikt valium.*

In de literatuur is de verstoorde lichaamsbeleving de minst beschreven categorie van de somatoforme stoornissen.

Het essentiële kenmerk van deze stoornis is de preoccupatie met een vermeend uitwendig defect bij een normaal uitziend persoon.

De preoccupaties hebben meestal betrekking op delen van het gelaat als vorm van de neus en oren, haargroei, huidvlekjes, mond, kin, wenkbrauwen en tanden. Minder vaak hebben deze betrekking op de borsten, genitalia, handen en voeten. (APA, 1987; Kenyon, 1976; Ford, 1983).

Deze patiënten bezoeken in verband met hun wens tot lichaamscorrectie veelvuldig de plastisch chirurgen en dermatologen.

Secundair is er vaak sprake van sociaal vermijdingsgedrag.

## 2.4. Conversiestoornis

*Mevrouw Boersma, huisvrouw, 36 jaar, is gehuwd en heeft twee kinderen. Zij voelt zich vaak duizelig en is bang flauw te vallen. Zij voelt zich moe. Zij heeft perioden dat zij moeilijk kan praten en lopen. Ze heeft last van hoofdpijn, pijn in nek en schouders. De klachten bestaan sinds enkele jaren. Ze zoekt de oorzaak o.a. in lage bloeddruk en een nog niet ontdekte hernia. Zij heeft diverse specialisten bezocht. Er worden geen of weinig relevante afwijkingen gevonden. Zij gebruikt valium, alsmede homeopathische middelen, tot nu toe zonder merkbaar resultaat. In het contact vertoont zij theatraal gedrag en imponeert zij als onecht. Zij draait soms opvallend met haar ogen. Zij wankelt bij het opstaan en gaan zitten, waarbij zij de klinisch psycholoog glimlachend en wat meewarig aankijkt. Zij zegt er alles voor over te hebben weer te genezen en wil daarom ook psychologische hulpverlening proberen, hoewel zij wat sceptisch staat ten opzichte van de groepsbehandeling.*

Het essentiële kenmerk van de conversiestoornis is een verandering of verlies in het lichamelijk functioneren. Dit suggereert een somatische oorzaak, maar nader onderzoek levert op dat dit een uitdrukking is van een onderliggend psychologisch conflict of van een behoefte (APA, 1987).

Meerdere functiestoornissen zijn mogelijk. De meest voorkomende, als neurologische ziekten imponerende conversiesymptomen zijn: verlammingen, tremoren, loopstoornissen, dys- en akinesiën, paresthesiën, anesthesiën, blindheid, afoniën, insulten, flauwtes en coördinatiestoornissen (APA, 1987; Marsden, 1986; Folks, Ford en Regan, 1984). Zeldzamer zijn symptomen die betrekking hebben op het autonome of endocrine systeem, braken en pseudo-cycesis (APA, 1987).

Kenmerkend lijkende persoonlijkheidstrekken als "la belle indifférence", primaire ziektewinst, secundaire ziektewinst, symbolische betekenis van de klachten en hysterische persoonlijkheid worden sterk wisselend aangetroffen (Ford en Folks, 1985; Folks, Ford en Regan, 1984; Siegel en Barthel, 1986; Marsden, 1986; Rooymans, 1986; APA, 1987).

De diagnostische- en prognostische betekenis van deze persoonlijkheidstrekken zijn daarmee van betrekkelijke waarde. (APA, 1987; Rooymans, 1986).

De conversiesymptomen zouden vaker links gelateraliseerd zijn (Folks, Ford en Regan, 1984).

## 2.5. Somatisatiestoornis

*Mevrouw Dirksen is een 23-jarige huisvrouw. Zij woont samen met haar vriend. Ze heeft een scala aan klachten: buikpijn, een opgeblazen gevoel en verminderde eetlust, ze voelt zich vaak misselijk en duizelig, ze heeft regelmatig hartkloppingen en een globusgevoel. Ze heeft menstratiepijnen en pijn bij de coïtus. Zij is bang voor kanker of andere ernstige ziektes. Zij is gespannen en nerveus, zij heeft daarnaast sociaal-fobische en agorafobische angsten ontwikkeld, secundair aan lichte hyperventilatieklachten. De klachten bestaan vijf jaar en hebben zich geleidelijk ontwikkeld, als reactie op grote faalangst en zakken voor het eindexamen van de middelbare school. Op somatisch gebied is ze door meerdere specialisten gescreend, zonder dat lichamelijke oorzaken werden ontdekt. Ze is tegen medicatiegebruik, hoewel zij sinds kort af en toe valium gebruikt. Een tweejarige psychotherapie brak zij af nadat zij zich hiertegen ging afzetten. Momenteel krijgt*

*zij nog fysiotherapie, alsmede zoekt ze hulp in het alternatieve circuit. Mevrouw D. presenteert zich als een knappe, goedverzorgde, vlotpratende jonge vrouw. Ze stelt zich afhankelijk, ietwat aanklagend en verongelijkt op. Ze maakt een nog onvolwassen indruk. In het contact is zij ontwijkend. Zij laat de indruk achter van een afhankelijke vrouw die op cruciale momenten haar heil zoekt in steunen op de ander.*

Essentiële kenmerken van de somatisatiestoornis zijn een veelheid van somatische klachten, gedurende meerdere jaren waarvoor medische hulp gezocht wordt, zonder dat een duidelijke lichamelijke oorzaak kan worden aangetoond. In een studie van Smith, Monson en Ray (1986) bleken de tien meest voorkomende klachten bij een onderzoekspopulatie van 41 patiënten met somatisatiestoornissen de volgende te zijn: pijn op de borst (90,2 %), hartkloppingen (85,4 %), buikklachten (85,4 %), depressieve gevoelens (82,9 %), duizeligheid (82,9 %), zwakte (82,9 %), ziekteverzuim (92,9 %), kortademigheid (80,5 %), hoofdpijn (78,7 %), moeheid (75,6 %).

De somatisatiestoornis gaat veelvuldig gepaard met angststoornissen, depressieve stoornissen, middelenmisbruik (APA, 1987; Liskow, Othmer, Penick, DeSouza en Gabrielli, 1986; Kaminsky en Slavney, 1983; Smith, Monson en Ray, 1986; Quill, 1985). De hoge frequentie van polikliniekbezoeken en ziekenhuisopnamen, onder anderen ten gevolge van naar later blijkt onnodige operaties bij deze patiënten, leiden tot hoge gezondheidszorgkosten. Smith, Monson en Ray (1986) becijferen een medische consumptie die in geld uitgedrukt 6 tot 14 maal het bedrag bedraagt van het gemiddelde hoofd van de bevolking. Met name deze patiënten zijn persisterende klagers. Volgens Kaminsky en Slavney (1983) kan dit fenomeen mogelijk verklaard worden uit de aanwezigheid van in hun onderzoek veelvuldig aangetroffen obsessieve kenmerken. De combinatie van hysterische en obsessieve kenmerken zou deze patiënten meer kwetsbaar maken voor abnormaal ziektegedrag.

## 2.6. Somatoforme pijnstoornis

*Dhr. Teeuwse is 35 jaar, ongehuwd en produktiemedewerker. Hij heeft al acht jaar pijnklachten in nek, schouder en rug. In een later stadium kwamen hier pijnklachten in rechter knie en scheenbeen en linker borststreek bij. Deze laatste pijn brengt hij soms in verband met een hartkwaal, zonder dit overigens verder te problematiseren. De pijnklachten zijn begonnen met de nekkklachten enkele jaren na het overlijden van zijn vader. In deze periode had hij hoofdpijnklachten, die overigens na enkele maanden weer verdwenen. Dhr T. meent dat alle pijnen terug te voeren zijn op de pijn in de nek. De laatste twee jaar zijn de pijnklachten zonder voor de patiënt duidelijke oorzaken verergerd. Hierdoor is hij sinds enkele maanden in de ziektewet. Dhr H. is een bonkige, grof gebouwde, rossige man die bij kennismaking een slappe hand geeft en oogcontact regelmatig schroomvallig vermijdt. Hij maakt een, ook qua intellect, eenvoudige indruk. Hij geeft vaak korte antwoorden. Hij is duidelijk niet gewend op de voorgrond te treden en ambieert dit ook niet. De afgelopen jaren is hij door diverse specialisten onderzocht, waaronder de orthopedisch chirurg, de neuroloog en de reumatoloog. Dit leverde geen bijzonderheden op. Medicatie (o.a. valium), diverse fysiotherapeutische behandelingen en alternatieve hulpverlening sorteerden geen blijvend effect. "Het hielp tot de voordeur", zegt de heer T. met een cynische ondertoon. Hij praat op lijdzame,*

*soms demonstratieve, aanklagende manier over deze teleurstellingen. Hij wil de groepsbehandeling (uiteraard) proberen, doch zegt door zijn negatieve ervaringen met de hulpverlening tot nu toe de nodige gereserveerde verwachtingen te hebben ten aanzien van het rendement.*

Het essentiële kenmerk van de somatoforme pijnstoornis is de preoccupatie met pijn die niet of onvoldoende verklaard kan worden door een lichamelijke stoornis.

Het begrip somatoforme pijnstoornis komt men weinig tegen in de literatuur. De stoornis wordt meestal beschreven onder noemers als chronisch pijnsyndroom, chronisch benigne pijn, chronisch ideopathische pijnstoornis, chronische onbehandelbare pijn, melancholia hyperalgetica, psychogene pijnstoornis (Vlaeyen, Kole-Snijders, Van Eek, Groenman en Schuurman, 1990; Benjamin, 1989; Dworkin en Caligor, 1988; Spinhoven en Linssen, 1987; Groen, 1979).

De pijn is vaak gelocaliseerd in de rug en/of buikstreek. Indien de pijn chronisch is geworden, dat wil zeggen langer dan een half jaar duurt (APA, 1987), wordt zij steeds moeilijker behandelbaar vanwege "de kluwen van soms onontwarbare oorzaak-gevolgrelaties tussen de diverse somatische en psycho-sociale aspecten" (Spinhoven en Linssen, 1987). In deze fase kunnen, met name ook, bij deze stoornis extra complicaties optreden ten gevolge van iatrogene factoren, als medicatieverslaving en secundaire klachten van onnodige operaties (Pinsky, 1978; APA, 1987; Spinhoven en Linssen, 1987).

Pijn opgevat als een emotie (Vlaeyen, e.a., 1990) volgens het drie-factoren model van emoties (Orlemans, 1976) bestaat uit overt-motorisch gedrag (bijvoorbeeld vermijdingsgedrag), cognitief-verbale processen (attributies en verwachtingen) en fysiologische activiteiten (bijvoorbeeld spierspanningen). Vanwege discordantie (de drie componenten van emoties zijn slechts ten dele afhankelijk van elkaar) en dessynchroniciteit (de componenten covariëren niet in de tijd) onderscheiden Vlaeyen, Snijders, Schuurman, Bremer, Van Eek en Groenman (1986) ideaaltypische patiënten. Ze noemen: de motorische pijnpatiënt, de cognitieve pijnpatiënt en de fysiologische pijnpatiënt. Hier zou volgens de auteurs verder onderzoek naar dienen plaats te vinden.

## 2.7. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis

*Mej. Markerink, een 26-jarige secretaresse woont samen met haar vriend. Zij heeft sinds zes jaar last van moeheid, wisselend hoofdpijn, pijn in de nek, en opgeblazen gevoel in de buik. Daarnaast heeft zij wisselende last van draaierigheid en zweverigheid. De klachten zijn destijds begonnen met hoofdpijn. Hoewel de stemming mat is, is zij niet depressief. Ze zoekt de oorzaak van haar klachten meer in de psychosociale sfeer, hoewel zij ook nog regelmatig aan nog niet ontdekte lichamelijke oorzaken denkt. Zij is veelvuldig bij de huisarts geweest, die geleidelijk psychische oorzaken veronderstelde en dit ook met haar besprak. Internistisch onderzoek leverde geen afwijkingen op. Antidepressieve medicatie sorteerde geen effect. Enkele jaren gesprekken en gedragstherapie bij een psycholoog, resulteerde in toename van haar assertiviteit en positiever zelfbeeld, zonder veel vermindering van de bovenstaande klachten. Mevrouw is een blonde, blozende zeer assertief gedragende vrouw. Ze praat op spontane, wat lijzige nasale wijze, over zichzelf en haar klachten. Zij vult regelmatig haar verhaal op een later tijdstip aan, alsof ze moeite heeft alles in een keer los te laten. Hoewel vriendelijk en voorkomend lijkt zij de regie van het gesprek in de hand te willen*

*houden. Er is een discrepantie tussen het geverbaliseerde inzicht in haar problematiek en de toepassing van de inzichten.*

Voor de beschrijving van de fenomenologische aspecten zie par. 2.8. hieronder.

## 2.8. Niet anderzins omschreven somatoforme stoornis

*Dhr. Gerritsen is een 37-jarige produktiemedewerker en gehuwd. Hij heeft sinds vijf maanden last van vage lichamelijke klachten als drukkend gevoel in zijn hoofd, concentratieproblemen en transpireren. Hij interpreteert deze als mogelijke uiting van een onderliggende kanker. Herhaalde gesprekken met zijn huisarts alsmede met de psychiater, konden hem niet geruststellen. De klachten zijn vrij acuut begonnen na problemen op zijn werk, die nu overigens inmiddels naar redelijke tevredenheid zijn opgelost. De klachten, alsmede de hypochondrische angst zijn wisselend, afhankelijk van inspanning, afleiding en confrontatie met informatie over kanker en dergelijke op de televisie. Hij gebruikt valium. Dhr. G. is een grote, reeds kalende, nerveuze man, die zijn drukke praten begeleidt met veel arm- en beenbewegingen. Hij stottert af en toe en vertelt in zijn enthousiasme te veel en te snel. Dhr. G. is een aimabele, spontane, open man die in het verleden moeilijk neen kon zeggen op vragen om hulp bij allerlei karweitjes, doch nu, door schade en schande wijs geworden, op welhaast krampachtige wijze probeert verzoeken in deze af te wijzen. De heer G. is erg gemotiveerd voor deelname aan de groepsbehandeling.*

De ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de niet anderzins omschreven somatoforme stoornis, worden hieronder samen behandeld, omdat zij in de literatuur als zodanig nauwelijks onder deze noemer worden aangetroffen en in ieder geval daar niet onderscheiden worden, met uitzondering van de DSM-III-R (1987).

De diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis wordt gesteld indien het aantal symptomen en de aard van de symptomen onvoldoende zijn om de diagnose somatisatiestoornis te stellen.

De diagnose niet anderzins omschreven somatoforme stoornis is van toepassing indien de somatoforme symptomen niet voldoen aan de criteria van een specifieke somatoforme stoornis of aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten.

Deze twee somatoforme stoornissen worden in de literatuur ook aangetroffen onder noemers als functioneel lichamelijke klachten (b.v. Kellner, 1985), somatiseren, somatische fixatie, somatisatie klachten, onbegrepen lichamelijke klachten. Functioneel (lichamelijke) klachten b.v. worden veelal gedefinieerd in termen van lichamelijke klachten, waarvoor geen lichamelijke oorzaken zijn aan te wijzen en waarbij psychologische factoren een rol spelen en stressoren in het geding kunnen zijn (Kellner, 1985; Schmidt, 1991; Bleijenberg en Hermans-van Wordragen, 1989; Van den Burg, Defares, Garssen, Hoevenaars, Schipperheijn en Zwaan, 1976; Höppener en du Jour, 1983; Moonen en Beekers, 1984; Thöne, 1986). Voorzichtigheid met betrekking tot conclusies over de diagnose blijft geboden, daar in de literatuur vaak uitspraken over de duur van de klachten, mate van somatisering, etc. ontbreken.

Onder dit voorbehoud kan gesteld worden dat beide onderhavige stoornissen zich vaak presenteren in de vorm van hoofdpijn, hartklachten, pijn op de borst, gastro-intestinale klachten en verschijnselen die doen denken aan hyperventilatie (APA, 1987; Kellner, 1985; Moonen en Beekers, 1984; Thöne, 1986; Bleijenberg

en Hermans -van Wordragen, 1989). De klachten zijn divers van aard en hebben betrekking op verschillende lichaamsregionen en lichaamsfuncties.

Ook deze somatoforme stoornissen gaan veelvuldig gepaard met angst en depressieve klachten (Kellner, 1985; APA, 1987).

De psychosociale en maatschappelijke beperkingen zijn van mindere aard dan bij bijvoorbeeld de somatisatiestoornis (APA, 1987).

## **2.9. D.S.M.-IV Draft Criteria**

Na beëindiging van het onderzoek verschenen in de loop van 1993 de DSM-IV Draft Criteria van de Task Force on DSM-IV van de APA. De definitieve tekst wordt in 1994 verwacht.

Uit de vergelijking van beide versies blijkt dat de indeling in zeven soorten van somatoforme stoornissen en de essentie van de diagnostische criteria hiervan zijn gehandhaafd. Voor de diagnose somatisatiestoornis is het minimum aantal noodzakelijke symptomen teruggebracht van 13 naar acht. De conversiestoornis en de somatoforme pijnstoornis zijn daarentegen uitgebreid met meerdere differentiatie- en specificatiemogelijkheden. De criteria met betrekking tot de hypochondrie, de verstoorde lichaamsbeleving, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de niet anderszins omschreven somatoforme stoornis zijn onveranderd. Tenslotte wordt meer dan in de DSM-III-R in de DSM-IV een nadruk gelegd op de aanwezigheid van sociale en beroepsmatige beperkingen als criterium voor een somatoforme stoornis.

Geconcludeerd kan worden dat de nieuwe DSM-IV draft criteria van de somatoforme stoornissen niet tot andere as-1 diagnoses leiden van onze onderzoekspopulatie dan nu heeft plaats gevonden op basis van de DSM-III-R.

## **2.10. Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat de psychologische factoren die een wisselende rol spelen bij het ontstaan en in stand blijven van de onderscheiden somatoforme stoornissen van cognitief-psychologische, van psychodynamische en van sociaal-psychologische aard zijn. Vaak komen angst en depressieve klachten voor. De medische consumptie is aanzienlijk.



## **Hoofdstuk 3. Epidemiologie en differentiaal diagnostiek van de somatoforme stoornissen**

### **3.1. Inleiding**

De epidemiologie van de somatoforme stoornissen wordt allereerst besproken aan de hand van enkele demografische variabelen.

Vervolgens wordt iets gezegd over het verloop, de prognose en de differentiaal diagnostiek met betrekking tot een aantal andere as-I stoornissen en de as-II persoonlijkheidsstoornissen.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele opmerkingen over de context bepaaldheid van de somatoforme stoornissen en enkele kritische kanttekeningen bij de DSM-III-R (1987) criteria voor de somatoforme stoornissen.

### **3.2. Prevalentie**

Prevalentie cijfers variëren nogal binnen en tussen de verschillende somatoforme stoornissen, afhankelijk van: classificatie systeem, diagnosticus, diagnostische instrumenten en onderzoekspopulatie (APA, 1987; Kenyon, 1964; Warwick en Salkovskis, 1990; Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring en Bohman, 1984; Kellner, 1985; 1986; Fabrega, Mezzich, Jacob en Ulrich, 1988).

Volgens Ford (1983) bestaat 2 % van de patiëntenpopulatie van de plastisch chirurg in Amerika uit patiënten met verstoorde lichaamsbeleving.

Voor de conversie worden percentages genoemd tussen 1 % en 14 %, afhankelijk van de onderzochte populatie (Ford en Folkes, 1985; Folkes, Ford en Regan, 1984; Siegel en Barthel, 1986).

Met betrekking tot de hypochondrie noemt Kellner (1985) een prevalentierange tussen 3 % en 13 %, met de kritische kanttekening dat er tot nu toe geen adequaat onderzoek is geweest naar de prevalentie van hypochondrie in een representatieve steekproef uit de algemene populatie (zie ook Schmitz 1991).

De "life-time" prevalentie van de somatisatiestoornis bij vrouwen varieert tussen 0,2 % en 2 % afhankelijk van de persoon van de diagnosticus en demografische variabelen (APA, 1987).

De somatoforme pijnstoornis komt veelvuldig voor in de huisartsenpraktijk (APA, 1987). Exacte cijfers ontbreken echter. Een indicatie voor de omvang blijkt o.a. uit een onderzoek van Dworkin en Calligor (1988). In hun overzichtsartikel schatten de auteurs binnen de populatie van chronische pijnpatiënten de diagnose van somatoforme stoornis tussen 16 % en 53 %, en de diagnose somatoforme pijnstoornis tussen 0,3 % en 32 %.

Onder het voorbehoud van hogergenoemde, waarschijnlijk gedeeltelijke overlap van de functioneel lichamelijke klachten en ongedifferentieerde somatoforme stoornis en niet anderszins omschreven somatoforme stoornis, kan gesteld worden dat deze laatste veelvuldig voorkomen. De percentages van patiënten die voor deze klachten de artsen bezoeken variëren tussen de 20 % en 84 % (Kellner, 1985). Huygen, van den Hoogen, van de Logt en Smits (1984) vinden in hun onderzoek dat 10 % van alle diagnoses in de huisartsenpraktijk bestaat uit nerveus-functionele klachten.



### 3.3. Sexeverhouding

De diagnose somatisatiestoornis wordt overwegend bij vrouwen gesteld (APA, 1987; Jonas en Pope 1985; Torgerson, 1986; Snyder en Strain, 1984; Smith, Monson en Ray, 1986; Liskow, Othmer, Penick, DeSouza en Gabrielli, 1986), terwijl de somatoforme pijnstoornis bij vrouwen tweemaal zo vaak voorkomt (APA, 1987).

De hypochondrie is bij de beide sexen even frequent aanwezig. Kellner (1986) brengt hierin een nuancering aan, door zijn bevinding dat de ziektefobie, met uitzondering van de hartziektefobie, vaker zou voorkomen bij vrouwen. Dit in tegenstelling tot de hypochondrische neurose met bijbehorende ziekte-overtuiging, die vaker bij mannen zou voorkomen.

Voor wat betreft de verstoorde lichaamsbeleving, de conversie, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de niet anderszins omschreven somatoforme stoornis is omtrent de sexe-ratio geen definitieve informatie bekend.

Het conversiesymptoom globusgevoel wordt vaker bij vrouwen gerapporteerd. (APA, 1987; Lipowski, 1988; Pilowsky, 1970; Kenyon, 1964; Ford, 1983).

### 3.4. Leeftijd

De somatisatiestoornis dient volgens de definitie voor het dertigste levensjaar te beginnen (zie criteria DSM-III-R, 1987).

De overige stoornissen kunnen in elke leeftijdsfase ontstaan, hoewel de conversiestoornis en hypochondrische stoornis vaker reeds in de adolescentie en vroege volwassenheid beginnen (APA, 1987; Jonas en Pope, 1985).

Bij de hypochondrie is de piek-leeftijd incidentie verschillend voor de beide sexen. Bij de mannen ligt deze tussen de 30 en 39 jaar en bij de vrouwen tussen de 40 en 49 jaar (Kenyon, 1964; Ford, 1983).

De incidentiepiek voor de somatoforme pijnstoornis ligt ook wat hoger en wel tussen het 3e en 4e decennium (APA, 1987).

Omtrent de ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de niet anderszins omschreven somatoforme stoornis bestaat geen informatie (APA, 1987).

Over de gemiddelde leeftijden is niet zoveel informatie bekend. Bij de conversiestoornis vinden Torgerson (1986) en Snyder en Strain, (1989) een gemiddelde leeftijd van ca. 35 jaar, met een range tussen 20 en 56 jaar. In onderzoeken bij hypochondrische patiënten variëren de gemiddelde leeftijden tussen 35 en 53 jaar, met een standaarddeviatie tot 20 jaar (Torgerson, 1986; Snyder e.a., 1989; Kellner, Abbott, Winslow en Pathak, 1987; Pilowsky, 1978; Kenyon, 1964).

### 3.5. Sociale klasse, opleiding, intelligentie

Over de relatie tussen sociale klasse, opleiding, intelligentie en het voorkomen van somatoforme stoornissen is weinig bekend.

Ford (1985) en Folks, Ford en Regan (1984) vermelden, op basis van niet nader genoemd onderzoek, dat de conversiestoornis vaker zou voorkomen bij patiënten uit de lagere sociale milieus en in plattelandsgemeenschappen. De functiestoornissen zouden ook "primitiever" en "grover" zijn in vergelijking met patiënten uit de hogere sociale milieus. Ook zou er een relatie zijn met weinig psychologisch inzicht en lage intelligentie.

Voor wat betreft de hypochondrie vinden Kenyon (1964; 1976) en Ford (1983)

geen verschillen.

Met betrekking tot de overige somatoforme stoornissen werd geen informatie hieromtrent gevonden. Dit in tegenstelling tot de aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten (zie APA, 1987), waarbij wel een relatie is aangetoond tussen voorkomen van deze klachten en lagere sociaal-economische klasse (zie o.a. Moonen en Beekers, 1984).

### 3.6. Verloop en prognose

Bij de (enkelvoudige) conversie en de ongedifferentieerde somatoforme stoornis is het verloop vaak variabel en de prognose gunstig (Folks, Ford en Regan, 1984; APA, 1987; Kellner, 1985; 1986), hoewel de prognose van (functionele) buikklachten hierbij ongunstig lijkt af te steken, getuige de verbeteringspercentages na behandeling bij follow-up van tussen de 12 % en 50 % (Bleijenberg, 1987).

De conversie dreigt chronisch te worden bij recidief (APA, 1987; Jonas e.a., 1985; Folks e.a., 1984).

Het verloop bij de somatisatiestoornis is meestal chronisch met wisselende exacerbaties (APA, 1987; Imboden, 1978).

Ook de verstoorde lichaamsbeleving en somatoforme pijnstoornis duren vaak meerdere jaren, waarbij zij moeilijker behandelbaar worden mede ten gevolge van iatrogene factoren (APA, 1987; Spinhoven en Linsen, 1987).

Het verloop van de hypochondrische stoornis is zowel fluctuerend, fasisch als chronisch (APA, 1987; Kenyon, 1964) met verbetering in een groot aantal gevallen na behandeling. Kellner (1985) noemt percentages tot 64 %. De met het ouder worden toenemende somatische klachten moeten niet zozeer toegeschreven worden aan een toename van de hypochondrie, doch meer aan een slechtere lichamelijke gezondheid (Kellner, 1986; Costa en McCrae, 1985).

### 3.7. Comorbiditeit en differentiaal diagnostiek

De DSM-III-R (1987) staat meervoudige diagnoses toe op de assen I, II, III, IV en V.

De diagnose somatoforme stoornis wordt gesteld indien geen somatische oorzaken de klachten kunnen verklaren dan wel dat er een discrepantie is tussen de presentatie van de klachten en de aard van de lichamelijke stoornissen. Afwezigheid van gevonden lichamelijke oorzaken impliceert nog niet dat de klachten dus op psychische problemen berusten, daar in een later stadium bij voortgezet onderzoek alsnog lichamelijke oorzaken voor de klachten kunnen worden ontdekt (van Vliet en Gijsbers-van Wijk, 1990; Rooymans, 1990). Bovendien dient de diagnose somatoforme stoornis op positieve gronden te worden gesteld (Rooymans, 1986). Een en ander wordt gecompliceerd door het feit dat somatische stoornissen bij psychiatrische stoornissen en omgekeerd psychiatrische stoornissen bij somatische stoornissen voorkomen in 20% tot 50% van de gevallen (Rooymans, 1983; Hall, Gardner, Stickney, le Cann en Popikin, 1980).

De differentiaal diagnostiek kan met name moeilijk zijn bij beginnende somatische stoornissen, die zich uiten in vage lichamelijke klachten zoals multiple sclerose, schildklierstoornis en systemische erythematosus (APA, 1987; Wolberg, 1989).

Deze vage klachten kunnen ook voorkomen bij psycho-organische stoornissen als delirium en beginnende dementie (APA, 1987; Lichtstein, 1986; Kenyon, 1976;

Mc Cranie, 1976). In een klinische studie van Kenyon (1964) had 11,6% uit een groep van 301 primaire hypochondrie patiënten een psycho-organische stoornis, terwijl het percentage voor de groep van 211 secundair hypochondrische patiënten 3,4,% bedroeg.

Somatoforme stoornissen gaan veelvuldig gepaard met angst en depressieve stoornissen (APA, 1987; Liskow e.a., 1986; Dworkin, Caligor, 1988), hetzij als veronderstelde oorzaak (o.a. Kellner, 1985;1988), hetzij als fysiologisch begeleidingsverschijnsel, hetzij als gevolg van cognitieve processen (o.a. Lipowsky, 1988).

De bij met name de hypochondrie veelvuldig voorkomende morbide preoccupaties met betrekking tot de gezondheid, dienen onderscheiden te worden van de dwanggedachten van de obsessief-compulsieve stoornis die door de patiënt als ego-dystoon worden ervaren. Dit in tegenstelling tot de inhoud van de hypochondrische preoccupatie die bijna altijd in overeenstemming is met de persoonlijkheid en de voorgeschiedenis van de patiënt (ego-syntoon) (Rachman, 1973).

De paniekstoornis wordt veroorzaakt door catastrofale misinterpretaties van lichamelijke symptomen (Clark, 1986; Rachman, Levitt en Lopatka, 1987) met als meest voorkomende klachten cardiale symptomen (pijn op de borst, onregelmatige of snelle hartslag), gastro-intestinale symptomen, neurologische symptomen (hoofdpijn, duizeligheid, paresthesieën) en pijnklachten (Katon, 1984). Niet-tijdige onderkenning van optredende hyperventilatie kan leiden tot ongewenste somatisering (Hegel, Abel, Etscheidt, Cohen-Cole en Wilmer, 1989; Beck, Taegtmeyer, Berisford en Bennett, 1989; Steward en Raskin, 1985; De Ruiter en Garssen, 1989). Met name wanneer de paniekaanvallen "rustig" verlopen, kan ten onrechte de diagnose hypochondrie (Lesser en Rubin, 1986) of zelfs somatisatiestoornis worden gesteld (Katon, 1984). Overigens blijkt uit onderzoek van Warwick en Salkovskis (1990) dat er tussen de paniekstoornis en de hypochondrie een grote overlap is in ontstaan en verloop van deze stoornissen. Deze onderzoekers vonden in hun onderzoek dat 59% van de hypochondrische patiënten ook voldeden aan de DSM-criteria van de paniekstoornis. Het belang van een goede diagnosestelling wordt extra relevant in het licht van de hoge prevalentie van de paniekstoornis en de behandelingsimplicaties. De prevalentie van de paniekstoornis varieert tussen 2 en 14 %, afhankelijk van het echelon in de gezondheidszorg (Katon, 1984) en is ook medicamenteus behandelbaar (Noyes, Reich, Clancy en O'Gorman, 1986).

Depressieve patiënten richten de aandacht vaak op de somatische manifestatie van de depressie, met ontkenning van de affectieve en cognitieve component (Katon, 1982; 1984). Zij worden hierbij geholpen door cultureel bepaalde invloeden die psychische stoornissen in de westerse samenleving nog steeds sterker stigmatiseren dan lichamelijke ziektes, alsook door het feit dat veel artsen meer getraind zijn in het bio-medische model denken dan in het denken in het psychosociale model. Daarenboven zijn artsen sterk gemotiveerd lichamelijke oorzaken van de klachten uit te sluiten (Katon, Berg, Robbins en Risse, 1986). Men spreekt dan onder andere over een gemaskeerde depressie (Van Houdenhove, 1979). Gezien het veelvuldig voorkomen van depressies - percentages van voorkomen in de eerste en tweede lijn variëren tussen 12 en 50 % (Katon, Ries en Kleinman, 1984; Melson, Rynaerson, Dortbach, Clarke en Snyder, 1984; Lipowsky, 1988) - alsook gezien het missen van de diagnose depressie tot soms 50% van de gevallen door de huisarts (Katon 1982; Katon e.a., 1986), kan niet-onderkenning van de onderliggende depressie en symptomatische behandeling van de klachten

gemakkelijk leiden tot de ontwikkeling van somatoforme stoornissen als hypochondrie of somatoforme pijnstoornis met chronische ziekterol en verslaving (Katon e.a., 1984; Katon, 1984).

Beginnende somatische wanen, zoals bijvoorbeeld bij schizofrenie en depressie met psychotische kenmerken, kunnen soms moeilijk te onderscheiden zijn van somatoforme stoornissen (Lipowsky, 1988), met name als de wanen niet "uitgewerkt" zijn. Ook de differentiatie tussen somatische waan en verstoorde lichaamsbeleving kan soms problemen opleveren (Lipowsky, 1988; Ford, 1983). Volgens Kellner (1986) komt de verstoorde lichaamsbeleving als op zichzelf staande stoornis relatief weinig voor en vormt deze meestal een symptoom van bijvoorbeeld een depressieve stoornis of waanstoornis van het somatische type.

De patiënten met psychosomatische klachten (in DSM-III-R termen: psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden) onderscheiden zich van patiënten met somatoforme stoornissen door de relatieve afwezigheid van de preoccupatie en angst een ernstige ziekte te hebben (Visser, Geurtsen en Bouwman, 1990) of zelfs van verwaarlozing van de somatische betekenis van de lichaamssignalen (Van de Burg, Defares, Garssen, Hoevenaars, Schipperheyn en Zwaan, 1976).

De aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten onderscheidt zich van de somatoforme stoornis onder meer door de aanwezigheid van een duidelijk identificeerbare psycho-sociale stressor. Het begrip functioneel lichamelijke klacht wordt in deze context vaak gebruikt.

Tot slot nog enkele opmerkingen over de nagebootste stoornissen met lichamelijke klachten en simulatie. Bij de nagebootste stoornis met lichamelijke klachten (Münchhausen syndroom) en simulatie is er sprake van het opzettelijk tonen of produceren van lichamelijke en psychische klachten. Bij de nagebootste stoornissen is het motief onbewust, terwijl bij de simulatie dit bewust gebeurt ter realisering van gewenste externe doeleinden (bij voorbeeld ziekte voorwenden om militaire dienst te ontlopen, vermindering van werk, verwerven van financiële compensaties) (APA, 1987; Jonas e.a., 1985; Rooymans, 1990). Bij de nagebootste stoornis dient een intrapsychische behoefte te worden aangetoond voor de ziekterol. Bij de nagebootste stoornis met lichamelijke klachten zou er vaak een tweetal psychiatrische problemen aan ten grondslag liggen en wel depressie (goed behandelbaar) en borderline-persoonlijkheid (moeilijk behandelbaar) (Ford, 1983).

Met betrekking tot de as-II persoonlijkheidsstoornissen het volgende: Binnen de klassieke psychosomatiek, gebaseerd op de psychoanalytische theorieën van Freud en Alexander, werden patiënten met psychosomatische en (later) somatoforme stoornissen vanuit ongecontroleerd onderzoek en klinische bevindingen wisselend beschreven als gekenmerkt door passief afhankelijk gedrag, infantiele persoonlijkheid, emotioneel ingeperkt, gebruikmakend van rigide-archaïsche afweermechanismen (Lowy, 1975; Lipowsky, 1987; Bastiaans en Groen, 1951; Stein, Steinhardt en Cutler, 1955; Karasu, 1979), versterkt ervaren van lichamelijke sensaties (Barsky, 1979; Lipowsky, 1987), indirect via lichamelijke klachten uitageren van opgepote agressie, lichamelijke klachten als onbewust lijden ten gevolge van onbewuste strafbehoefte (Barsky, 1979; Ford en Long, 1972; Wahl, 1963; McKinnon en Michels, 1971; Pilowsky, 1978). Ook zouden deze patiënten vaker gekenmerkt zijn door alexithymia (afgeleid van het Griekse a = gebrek aan, lexis = woord, thymos = emotie), een onvermogen om gevoelens te verbaliseren. Dit door Sifneos in 1972 geïntroduceerde concept wordt gekenmerkt door benoemingsmoeilijkheden bij het beschrijven van gevoelens en lichamelijke sensaties,

een verarmd gevoelsleven, de neiging een eindeloze beschrijving te geven van lichamelijke klachten in plaats van gevoelens, afwezigheid van dromen, interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afhankelijkheid, sociaal vermijdingsgedrag, een sterk met externe gebeurtenissen verbonden taal en denken, voorkeur voor actief bezig zijn en pseudo-normale overaangepastheid (Sifneos, Savitz en Frankel, 1976; Lesser, 1981; Sifneos, 1974; Lesser, 1985; Von Rad en Rüppel, 1975; Pinsky, 1978; Balzer, Küchenhoff en Rauch, 1975; Savitz, Silverman en Bennett, 1977; van Birgelen, 1984; Taylor, Bagby, Ryan, Parker, Doody en Keefe, 1988). Hoewel deze persoonlijkheidstrekken het eerst werden beschreven bij de populatie van psychosomatische patiënten, werd het later ook van toepassing geacht bij de patiënten met somatoforme stoornissen (Lipowski, 1988; Van Houdenhove, 1986; Pinsky, 1978; Moss en Garb, 1986; Ford, 1983), met name bij de chronische pijn en hypochondrie (Pinsky, 1978; Van Houdenhove, 1986; Gamsa, Braha en Catchlove, 1985; Ford, 1983).

In hoeverre worden bovenstaande klinische bevindingen met betrekking tot de as-II persoonlijkheidsstoornissen gestaafd door wetenschappelijk onderzoek? In de studies van Katon e.a. (1984); Katon (1984); Snyder e.a. (1989); Fabrega, Mezzich, Jacob en Ulrich (1988) blijkt een frequenter voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met somatoforme stoornissen. Laatstgenoemde auteurs noemen met name kenmerken als egocentriciteit, theatraliteit, excentriciteit, bizar gedrag, hostiliteit en gebrek aan inzicht. Ondubbelzinnige conclusies met betrekking tot het frequenter voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met somatoforme stoornissen, zijn niet mogelijk vanwege de methodologische knelpunten die verbonden zijn aan deze retrospectieve en klinische studies. Wel duidelijk wordt uit deze onderzoeken dat er veel patiënten zijn met somatoforme stoornissen die geen persoonlijkheidsstoornissen hebben (zie ook Kellner 1985). Als er sprake is van persoonlijkheidsstoornissen blijken relatief vaker de theatrale-, de borderline- (m.n. bij de somatisatiestoornis en conversiestoornis) en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis aanwezig. Hoewel de methodologische opzet van de studies geen oorzaak-gevolg conclusies toestaan, suggereren auteurs als Kellner (1985), Lowy (1975), Ford en Long (1977), Lipowsky (1987) de mogelijkheid dat patiënten met bovengenoemde persoonlijkheidskenmerken hen meer kwetsbaar zouden maken voor de ontwikkeling van somatoforme stoornissen. Kellner, Slacomb, Wiggins, Abbott, Winslow en Pathak (1985) vinden overigens in hun onderzoek geen bevestiging voor de opvatting dat hostiliteit een specifiek oorzakelijke factor is bij somatisering of hypochondrische stoornissen. Omgekeerd signaleren Roberts, Reinhardt (1980), Houdenhoven (1980) en Kellner (1985) de ontwikkeling van neuroticisme als een soort copingmechanisme in het omgaan met chronisch geworden pijnklachten.

### 3.8. Discussie

Angsten in verband met de gezondheid komen veelvuldig voor in de populatie van gezonde mensen. 75 % van deze populatie heeft wel eens een of meer lichamelijke klachten die meestal vanzelf weer verdwijnen (Huygen, Van Hoogen en Neefs, 1983; Pennebaker en Skelton, 1978; Kellner, 1985; Kellner, Wiggins en Pathak, 1986; Kirmayer, 1986).

Zoals hierboven reeds werd genoemd, was dit gegeven voor Barsky en Klerman (1983), Salkovskis en Warwick (1986), Warwick en Salkovskis (1990), mede aanleiding voor het voorstel om het begrip hypochondrie te vervangen door respectie-

velijk de begrippen "amplifying somatic style" en "morbid health preoccupation".

Somatisering, respectievelijk problematisering, van deze in eerste instantie normale gezondheidsangsten wordt bepaald door een veelheid van elkaar versterkende (cognitief) psychologische, sociaal maatschappelijke en culturele factoren (Pennebaker en Skelton, 1978; Pennebaker, 1982; Kirmayer, 1986). Kirmayer (1986) noemt in zijn hoofdstuk over somatisatie en de sociale constructie van de ziekte-ervaring de volgende factoren: lichamelijke begeleidingsverschijnselen van emoties, verdringing van emoties, perceptueel-cognitieve processen als aandacht, codering en attributie, interpersoonlijke en gezinscommunicatieprocessen, culturele processen en gezondheidszorgsystemen die lichamelijke uitingen van psychosociale stress bekrachtigen.

Een goed voorbeeld waarbij met name ook cognitief-psychologische processen een rol spelen, is de meestal tijdelijke "medical student's disease", waarbij hypochondrische reacties ontstaan op basis van emotionele arousal, ten gevolge van studiedruk, confrontatie met ziekten en onjuiste interpretaties van daarbij optredende lichamelijke sensaties (Mechanic, 1972).

Een grotere kans op problematisering ontstaat wanneer vanwege een stimulus-arme omgeving een verhoogde aandacht voor lichamelijke symptomen ontstaat (competitie van cues) (Pennebaker, 1982). Mensen die langdurig in zo'n stimulus-arme omgeving verblijven, zoals bijvoorbeeld het geval is bij langdurige werkloosheid en bij huisvrouwen die de huishouding als saai ervaren, rapporteren meer medisch onverklaarbare lichamelijke klachten (Van Vliet en Gijsbers-Van Wijk, 1990).

De veelvuldig genoemde hogere morbiditeit bij vrouwen wordt volgens Gijsbers-Van Wijk en Van Vliet (1989) echter niet zozeer veroorzaakt door hoger feitelijk ziektegedrag, dan wel veel meer door verschillen in waarneming van lichamelijke symptomen. De validiteit van in diverse onderzoeken gehanteerde mate van morbiditeit (ervaren gezondheid in plaats van feitelijke gezondheid, ziektegedrag i.p.v. lichamelijke gezondheid en dataverzamelingsprocedures welke het sexever-schil kunstmatig vergroten) als indicatie voor de feitelijke lichamelijke gezondheid, wordt door genoemde auteurs in twijfel getrokken. Traditionele biologische, psychologische en sociale verklaringen voor de hogere morbiditeit worden ook van de nodige vraagtekens voorzien. Gijsbers-Van Wijk en Van Vliet concluderen, dat veeleer sexegebonden verschillen in cognitief-psychologische mechanismen als competitie van cues en selectieve zoekprocessen verantwoordelijk zijn voor de hogere subjectieve morbiditeit en daarmee samenhangende medische consumptie bij vrouwen.

De prevalentie van somatoforme stoornissen wordt ook bepaald door de setting waarin de diagnostiek plaatsvindt. In een algemeen psychiatrisch ziekenhuis is zowel de hulpverlener, als wel de patiënt meer bevooroordeeld ten aanzien van de diagnose in de richting van een meer traditionele psychiatrische stoornis. Daar staat tegenover dat men in een somatische setting met meer geavanceerde somatische onderzoeksmethoden beter de afwezigheid van lichamelijke oorzaken kan vaststellen, met het gevolg dat in deze laatstgenoemde setting vaker somatoforme stoornissen worden gediagnostiseerd (Fabrega e.a., 1988).

Culturele processen spelen een belangrijke rol bij de "vormgeving", ofwel manifestatie van psychische problemen in "lichaamstaal". Uit een onderzoek van Van Moffaert en Vereecken (1989), waarin 189 patiënten van Zuidoepese en Noordafrikaanse afkomst met 189 Belgische patiënten werden vergeleken, gematched op sexe, leeftijd en sociale klasse, bleek dat de veel grotere somatise-

ring bij de mediterrane migranten niet samenhang met frequentere DSM-III-R (1987) diagnose van somatoforme stoornissen, doch verklaard moest worden uit culturele verschillen in presentatie van psychiatrische ziektes.

In de literatuur, met name de oudere, worden begrippen als somatiseren, somatische fixatie, onbegrepen lichamelijke klachten, functioneel lichamelijke klachten niet steeds even helder van elkaar onderscheiden.

Meerdere auteurs plaatsen om uiteenlopende redenen vraagtekens bij de huidige DSM-III-R (1987) differentiatie in somatoforme stoornissen (Lipowski, 1988; Kirmayer, 1986; Snyder en Strain, 1989; Rooymans, 1990; Jonas en Pope, 1985) of bij het onderscheid tussen medisch verklaarde- en onverklaarde klachten en lichamelijke- en psychische oorzaken van lichamelijke klachten (Kirmayer, 1986; Van Vliet en Van Wijk, 1990). Rooymans (1990) vindt de differentiatie in zeven somatoforme stoornissen te gedetailleerd gezien de vaak diffuse aard van de klachten. Ook plaatst hij vraagtekens bij de noodzaak van een aparte categorie hypochondrie gezien het feit dat het merendeel van de somatiserende patiënten wel meer of minder last heeft van hypochondrische angsten. Jonas en Pope (1985) zien overeenkomsten tussen de somatoforme stoornissen, de nagebootste stoornis en de simulatie, als zijnde "niet echte", "dissimulerende" stoornissen die op een dimensie gedacht kunnen worden van enerzijds onbewust/onvrijwillig naar anderzijds bewust/vrijwillig. Auteurs stellen vervolgens verder onderzoek voor naar de overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de etiologie en therapie van deze stoornissen. Snyder en Strain (1989), Kirmayer (1986) en Lipowski (1988) betogen dat eigenlijk alleen de somatisatiestoornis de enige goed gevalideerde en onderzochte somatoforme stoornis is, die aanspraak kan maken op bestaansrecht. De overige somatoforme stoornissen zouden te onduidelijk zijn gedefinieerd (bijvoorbeeld somatoforme pijnstoornis; zie ook Rooymans, 1990) ofwel te vaak voorkomen bij angst en depressieve stoornissen (bijvoorbeeld hypochondrie, verstoorde lichaamsbeleving en conversiestoornis) om als afzonderlijke entiteiten opgevat te kunnen worden (Lipowski, 1988). Bovendien wordt volgens Lipowski een te zware wissel getrokken op de in zijn ogen discutabele en onvruchtbare dichotomie tussen psychogene en somatische oorzaken van een stoornis.

In de klinische praktijk blijkt namelijk (Kirmayer, 1986) dat de veronderstelling dat psychosociale factoren in het geding zijn en daarmee dus de (voorlopige) conclusie dat er sprake is van somatoforme stoornissen, wordt gebaseerd op de volgende bevindingen:

1. een andere verklaring voor de klachten is niet voldoende, dan wel zijn verklaringen niet voldoende voor de kwaliteit of ernst van de symptomen,
2. een andere verklaring leidde niet tot een succesvolle interventie,
3. de patiënt geeft blijk van duidelijke interpersoonlijke problemen in het diagnostische gesprek,
4. de patiënt daagt uit, houdt zich niet aan de behandelingsafspraken, dan wel is anderszins "lastig" voor de hulpverlener.

Ook Van Vliet en Van Wijk (1990) signaleren deze "determinatie"-problematiek door op te merken dat:

- a. niet aangetoonde lichamelijke afwijkingen niet impliceren dat deze afwezig zijn,
- b. aangetoonde lichamelijke afwijkingen de klachten niet volledig hoeven te bepalen,
- c. afwezigheid van lichamelijke afwijking niet dus automatisch impliceert dat er dus psychische problemen zijn.

Lipowski (1988) stelt dan ook voor om de huidige groep van somatoforme stoornissen binnen de toekomstige DSM-IV-versie te vervangen door twee stoornissen, namelijk de (huidige) somatisatiestoornis en een gedeeltelijke of beperkte somatisatiestoornis met beperkte subtypen als "met hypochondrie", "met conversie", "met pijn". Een ondersteuning voor deze dichotomisering met subtypen wordt gevonden in een Zweeds onderzoek van Cloninger, Sigvardsson, Von Knorring en Bohman (1984) die in een populatie van 859 geadopteerde vrouwen twee groepen somatiseerders onderscheiden. Het type 1 "high frequency" somatiseerders die kenmerken vertoonden van somatisatie stoornis, hypochondrie, agorafobie en geagiteerde depressie. Het type 2 "diversiform somatizer" werd gekenmerkt door meer verschillende klachten en minder vaak ziek zijn. Kirmayer (1986) en Van Vliet en Van Wijk (1990) gaan nog een stap verder en vragen zich af of, zelfs indien op positieve gronden een onderscheid mogelijk is tussen somatische en psychische factoren respectievelijk oorzaken, dit scherpe onderscheid wel zo relevant is gezien het feit dat in beide gevallen dezelfde cognitieve processen als competitie van cues, selectief zoekproces en symptoomperceptie een mediërende rol spelen bij het tot stand komen van het uiteindelijk resultaat, namelijk problematisering van de lichamelijke klachten. Zoals uit par. 2.9 blijkt is echter de differentiatie in aard en aantal somatoforme stoornissen in de DSM-IV in essentie ongewijzigd gebleven.

Terugkerend naar de suggestie van Jonas en Pope (1985) betreffende de plaatsing van somatoforme stoornissen, nagebootste stoornis en simulatie op een dimensie van enerzijds onbewust/onvrijwillig naar anderzijds bewust/vrijwillig zou men zich de aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten en het syndroom van psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden halverwege het continuüm kunnen voorstellen. Deze patiënten zijn zich meer of minder bewust van de oorzaken van hun klachten doch "kiezen" hiervoor nog onvrijwillig vanwege beperkte respectievelijk inadequate copingmogelijkheden.

Samenvattend: Nauwkeurige prevalentiecijfers betreffende de somatoforme stoornissen ontbreken, vanwege verschillen in gebruikte meetinstrumenten, classificatiesystemen en representativiteit van de steekproeven. De somatisatiestoornis en de somatoforme pijnstoornis komen vaker voor bij vrouwen. Met uitzondering van de somatisatiestoornis kunnen de stoornissen op alle leeftijden ontstaan. Over de relatie tussen de somatoforme stoornissen en de variabelen sociale klasse, opleiding en intelligentie zijn geen duidelijke onderzoekgegevens. Er zijn aanwijzingen dat de prognose bij de somatisatiestoornis, de verstoorde lichaamsbeleving en de somatoforme pijnstoornis ongunstiger is dan bij de overige stoornissen. Het stellen van de diagnose somatoforme stoornis kan bemoeilijkt worden door problemen met betrekking tot de comorbiditeit en de differentiaal diagnostiek. Indien er sprake is van persoonlijkheidsstoornissen is er vaker sprake van afhankelijke, theatrale en borderlinestoornissen. Cognitief-psychologische, psychodynamische variabelen alsook omgevingsvariabelen en culturele processen spelen een belangrijke rol bij ontstaan, in stand blijven en "vormgeving" van somatoforme stoornissen. Vanwege de overlap tussen de somatoforme stoornissen en door de ongewenste dichotomisering van psychogene en somatogene determinanten van een stoornis worden vraagtekens geplaatst bij de indeling in 7 typen van somatoforme stoornissen. De essentie hiervan is echter ongewijzigd gebleven in de DSM-IV.





## **Hoofdstuk 4    Etiologie van de somatoforme stoornissen**

### **4.1. Inleiding**

Allereerst worden in dit hoofdstuk de etiologische factoren besproken (par. 4.2) en daarna volgt een overzicht van de belangrijkste etiologische benaderingen (par. 4.3).

Bij de etiologie van de somatoforme stoornissen is sprake van multi-causale bepaaldheid. (Lipovski, 1986; 1987; 1988; Kirmayer, 1986; Van der Willige, Sorby, Kluver, Godaert, Schreurs en Vink, 1983). Somatoforme stoornissen worden bepaald door leerervaringen in het verleden (antecedente factoren), actuele stresserende levensgebeurtenissen (uitlokkende factoren) en stoornisbestendige consequenties in heden en toekomst (consequente factoren).

De indeling van variabelen in deze drie factoren is wat arbitrair, daar dezelfde variabelen op verschillende tijdstippen tot de ene of de andere groep van factoren kunnen worden gerekend. Cognities structureren bijvoorbeeld de waarneming en kunnen als antecedente factor worden opgevat. Anderzijds kan cognitie als een uitlokkende factor worden opgevat in de vorm van bijvoorbeeld een catastrofale gedachte die angst veroorzaakt of als consequente factor vanwege de vermijdingsaspecten van de selectieve aandacht. Er is dus sprake van continuïteit in de werkzaamheid van variabelen.

Met betrekking tot de hieronder volgende in de literatuur aangetroffen etiologische factoren dient opgemerkt te worden dat de feitelijk determinerende invloed hiervan op de somatoforme stoornissen niet steeds is vastgesteld en dat er eerder sprake is van correlaties dan van causaliteit.

### **4.2.    Etiologische factoren**

#### **4.2.1.    Antecedente factoren**

##### **4.2.1.1. Psychosociale- en genetische factoren**

Patiënten met somatoforme stoornissen zouden in hun vroegere levensfase vaker geconfronteerd zijn met overlijden van gezinsleden, ziekte en pijn, zowel bij zichzelf als ook bij significante personen in de familie. Hiervan ging veel negatieve invloed uit, indien het ziektegedrag van de patiënt werd bekrachtigd door bezorgde aandacht, vermijding van onprettige situaties, conflicten en verplichtingen (Lowy, 1975; Barsky, 1979). Verder zou er sprake zijn van onderwaardering van gezond gedrag (Lipovski, 1988; Brodsky, 1984; Mayou, 1976; Bianci, 1971; Kellner, 1975; Costa en McCrae, 1985; Parker en Lipscombe, 1980). Op deze wijze ontstaat een gunstig klimaat voor het leren van ziekterolgedrag, dysfunctionele aannamen over ziekte en gezondheid en hypochondere angsten. (Wooley, Blackwell en Wingett, 1978; Berretty, 1990; Korrelboom en Kernkamp, 1988; Costa en McCrae, 1985).

Volgens een aantal auteurs komt somatiseren van psychische problemen vaker voor bij patiënten uit lagere sociaal-economische en educationele milieus. (Lowy, 1975; Barsky, 1979; Kellner, 1985; Kellner, 1986; Pilovski, 1978). Als oorzaken voor deze samenhang worden o.a. genoemd: hogere prevalentie van somatische ziekte in lagere sociale klassen (Kellner, 1986), culturele verschillen met betrek-

king tot de expressie van psychische spanningen (Lowy, 1975; Barsky, 1979), geloof in fysieke in plaats van psychische oorzaken van klachten (Kellner, 1985) en lagere sociale weerbaarheid (Moonen en Beekers, 1984). Tussen de verschillende culturen bestaan verschillen in somatisering en pijnbeleving (Van Moffaert en Vereecken, 1989; Kellner, 1985; Mechanic, 1972).

Patiënten zijn vaak afkomstig uit: angstige onzekere gezinnen (Van Bruggen, 1986); gezinnen met rigide omgangsvormen; gezinnen waarin de moeder geneigd is tot conflict vermijdend gedrag (Huygen, 1978); gezinnen met strenge, dominante, emotioneel afstandelijke vaders (Moss en Garb, 1986; Minuchin, Rosman en Baker, 1983), waarin "flink zijn" en vroegtijdige belasting met verantwoordelijkheid (met name ook bij latere pijnpatiënten) belangrijke normen zijn (Van Bruggen, 1986; Mally en Ogston, 1964; Groen, 1979). In een retrospectief onderzoek van Siegel en Barthel (1986) bij 563 kinderen met conversiestoornissen (gemiddelde leeftijd van 13,4 jaar), bleek stress binnen het gezin een belangrijke oorzakelijke factor te zijn. Bij patiënten met somatisatiestoornis is in de ouderlijke gezinnen vaak sprake geweest van ernstige gezinspathologie; een aan alcohol en drugs verslaafde, gewelddadige, incestplegende vader (Torgerson, 1986; APA, 1987; Bianci, 1971; Kriechmann, 1985; Shapiro en Rosenfeld, 1988; Coryell en Norten, 1981; Pilovski, 1978) en verstoorde moeder-kind interacties (Gaddini, 1977). Vaak vertonen de moeders zelf ook ernstig gestoord gedrag (Kriechmann, 1987; Shapiro en Rosenfeld, 1988). Bij deze ernstig gestoorde gezinnen hebben de somatoforme stoornissen van het kind vaak ook een homeostatische functie (Kriechman, 1987; Minuchin, 1983; Shapiro en Rosenfeld, 1988). Het oudergezin van de patiënten met somatisatiestoornis zou vaker gekenmerkt zijn door inconsistentie, chaos en overstimulatie, terwijl bij de hypochondrische patiënten en bepaalde typen pijnpatiënten meer sprake zou zijn van stabiliteit zonder warmte en overbezorgdheid bij ziekte (Ford, 1983).

Er zijn aanwijzingen dat genetische factoren een rol spelen bij met name de somatisatiestoornis en hypochondrische neurose (Lipowski, 1987; Kellner, 1985; 1986). Torgerson (1986) vindt in zijn onderzoek naar hereditaire factoren bij 14 monozygotische- en 21 dizygotische tweelingen met somatoforme stoornissen (conversiestoornis, hypochondrie, somatisatiestoornis en somatoforme pijnstoornis) een concordantie van 29 % bij de monozygotische tweelingen en 10 % bij de dizygotische tweelingen. De auteur concludeert slechts voorzichtig dat er aanwijzingen zijn voor een genetische factor. Overeenkomsten in jeugdervaringen kunnen immers de concordantiepercentages beïnvloeden.

#### 4.2.1.2. Cognities

Cognities spelen een belangrijke mediërende rol tussen waarneming van interne of externe gebeurtenissen en lichamelijke klachten (De Bruijn-Kofman en Groenman, 1983; Mechanic, 1972; Lichstein, 1986; Van der Burg e.a., 1976; Lipowski, 1987; Kruithof, Godaert en Schreurs 1978).

Er is een aantal cognitieve deelprocessen te onderscheiden die elk een bijdrage kunnen leveren aan de totstandkoming van somatoforme stoornissen. De deelprocessen hebben betrekking op aspecten als aandacht voor lichamelijke sensaties (Van der Burg e.a., 1976; Vroon, 1975; Pennebaker en Skelton, 1978; Pennebaker, 1982), catastrofale misinterpretaties van lichamelijke sensaties (Barsky, 1979; Clark, 1986; Warwick en Salkovskis, 1990; de Bruyn-Kofman en Groenman, 1983; Rachman e.a., 1987), mate van (geloof in) controle over de

situatie respectievelijk de klachten (van der Burg e.a., 1976; Vlaeyen, Snijders, Schuerman, Bremer, Van Eek en Groenman, 1989; Gannon en Pardie, 1989) en anticipatie van lichamelijke klachten (Mechanic, 1972, Vlayen e.a., 1989). Ook aspecten als afwezigheid van aandachtvrage afleidende gebeurtenissen (competitie van cues), ziekteschema's die geactiveerd worden door het selectief zoekproces (Van Vliet en Van Wijk, 1990; Pennebaker, 1982), externe context waarbinnen gebeurtenissen en klachten optreden (emotietheorie van Schachter en Singer) leveren hun bijdrage aan het somatiseringsproces. Hieruit kunnen depressieve gevoelens voortvloeien die weer een negatieve invloed op het gezondheidsservaren hebben, doordat sombere gevoelens op hun beurt sneller ziekteschema's luxeren (Croyle en Uretsky, 1987).

Bij de bespreking van de hypochondrie in par.2.2. werd door Barsky en Klerman (1983) hypochondrie geconcipieerd als een perceptuele en cognitieve stoornis. Barsky en Klerman (1983) en Barsky, Geringer en Wool (1988) ontwikkelden deze opvatting verder door te stellen dat hypochondrie kan worden gezien als een zichzelf bestendigend en zichzelf validerend cognitief schema, waarin de perceptuele en cognitieve stoornissen primair zijn en de hypochondrische angsten, obsessies en vermijdingsgedragingen als secundaire gevolgen kunnen worden gezien. Patiënten met hypochondrische- en angstneurotische klachten blijken overigens betere waarnemers te zijn van hun somatische symptomen dan fobische patiënten (Tyrer, Lee en Alexander, 1980).

#### 4.2.1.3. Copingstijl

Copingstijl verwijst naar de habituele wijze waarop een persoon (gedragmatig, cognitief en emotioneel) omgaat met stresserende problemen en levensgebeurtenissen (De Bruijn-Kofman en Groenman, 1983; Willige e.a., 1983; Ray, Lindop en Gibson, 1982; Sorbi, Tellegen en Vreeswijk, 1984; Schreurs, Van der Willige, Tellegen en Brosschot, 1988). In het algemeen wordt een drietal copingstrategieën onderscheiden die elk een verschillend aangrijpingspunt hebben (Schreurs e.a., 1988; Van der Willig e.a., 1982; Jaspers, Van Asma en Van den Bosch, 1989):

- a. coping gericht op het veranderen van de als problematisch ervaren situatie,
- b. coping gericht op het veranderen van de perceptie en cognitie van de als problematisch ervaren situatie, zonder hierbij de problematische situatie zelf te veranderen,
- c. coping gericht op vermindering van de arousal.

Men moet bij dit laatste denken aan palliatieve reacties als roken, drinken, veel eten, gebruik van medicatie en dergelijke, teneinde de ervaren lichamelijke en psychische spanningen ten gevolge van een probleem te reduceren.

Op grond van factoranalyses komen Schreurs e.a., (1988) tot een zevental copingvormen die ze als volgt omschrijven:

- actief aanpakken, confronteren,
- palliatieve reactie,
- vermijden, afwachten,
- sociale steun zoeken,
- depressief reactiepatroon,
- expressie van emoties,
- geruststellende en troostende gedachten.

Patiënten met psychosomatische en somatoforme klachten zouden gekenmerkt

zijn door inadequate copingstijl (Bastiaans, 1977; De Bruijn-Kofman en Groenman, 1983; Moonen en Beekers, 1984; Vitaliano, Katon, Maiuro en Russel, 1989; Pilowski, 1970; Groen, 1979; Huygen e.a., 1984). Met name copingstijlen als vermijden, palliatieve reacties, expressie van boosheid en depressief reactiepatroon hangen samen met slechtere (psychische) gezondheid, dit in tegenstelling tot het actief aanpakken van problemen, dat leidt tot minder fysieke klachten (Jaspers e.a., 1989). Tekorten in copingvaardigheden en psychosomatische klachten houden elkaar in stand (Moonen en Beekers, 1984).

De effectiviteit van coping in termen van gezondheidsbevorderend gedrag wordt niet alleen bepaald door de soort copingstrategie, doch ook door de mate van controle over problematische situaties, correcte taxatie van situaties, temporele aspecten (palliatieve reacties kunnen op korte termijn arousalverlagend werken, doch op langere termijn een actieve aanpak van de problemen in de weg staan) en aard van de gehanteerde copinggedragingen in relatie tot het doel. Voor wat betreft dit laatste bleek bij voorbeeld in een onderzoek van Kraaimaat en Huiskes (1989), dat pijn coping en stress coping bij patiënten met reumatoïde artritis soms interfereren met elkaar.

Soms is het moeilijk de grens te trekken tussen coping en psychopathologie. Somatisatie kan opgevat worden als een gevolg van inadequaat copinggedrag, dan wel als een inadequate vorm van coping (Jaspers e.a., 1989), soms echter als enig adequate coping in een problematische situatie binnen een bepaalde culturele of gezinscontext (Moffaert en Vereecken, 1989; Menuchin e.a., 1983). Conversiesymptomen, die volgens Ford en Folks (1985) geen consistente relatie hebben met psychiatrische stoornissen kunnen bijvoorbeeld als copingmechanisme gaan fungeren bij de omgang met acute stress (Ford e.a., 1984).

#### 4.2.2. Uitlokkende factoren

Levensgebeurtenissen kunnen een uitlokkende functie hebben bij het ontstaan van somatoforme stoornissen.

Deze levensgebeurtenissen kunnen betrekking hebben op verliessituaties als overlijden, scheiding, pensionering, verhuizing, verjaardagen van belangrijke traumatische gebeurtenissen, maar ook op de geboorte van gezinsleden (Barsky, 1979; Lipowsky 1986; Brodsky 1984; Höppener en du Jour, 1983).

Andere uitlokkende gebeurtenissen die tot een somatoforme stoornis kunnen leiden zijn: interpersoonlijke en intrapsychische conflicten met betrekking tot seksualiteit en agressie (Barsky, 1979; Brodsky, 1984; Siegel en Barthel, 1986; Shapiro en Rosenfeld, 1988), ernstige somatische ziekte bij voor de patiënt belangrijke persoon of bij de patiënt zelf (Lipowsky, 1986; Brodsky, 1984). Met betrekking tot dit laatste loopt met name die patiënt een groter risico bij wie sprake is van overwaardering van gezondheid en sportprestaties (Kellner, 1985).

Ook de beleving van een psychiatrische ziekte als een ernstige krenking kan een uitlokkende functie krijgen (Mayou, 1976).

Uit onderzoek van Kellner, Pathak, Romanik en Winslow (1985) bleek dat verliessituaties niet per definitie meer somatisering veroorzaken. Deze vonden in hun psychisch gezonde onderzoekspopulatie dat niet met ziekte en dood verbandhoudende levensgebeurtenissen in familie en kennissenkring meer samenhangen met recent hypochondrisch gedrag en depressieve reacties dan wel aan dood en ziekte gerelateerde levensgebeurtenissen. In een onderzoek van Gannon en Pardie (1989) bij een groep doctoraal studenten bleek het aantal stressoren de beste

voorspeller te zijn van somatoforme symptomen terwijl bij de vrouwelijke studenten de variabelen chroniciteit en controleerbaarheid van stressoren ook een bijdrage leverden aan de verklaarde variantie.

Patiënten met hoge "trait"-scores op somatisch reageren ervaren significant meer lichamelijke klachten bij hoge stressniveaus dan dezelfde patiënten bij lage stressniveaus (Frost, Morgenthau, Riessman en Whalen, 1988).

Er is dus geen één op één relatie tussen stressoren en somatoforme klachten. Of iemand op stressuitlokkende gebeurtenissen reageert met lichamelijke klachten wordt ondermeer bepaald door cognities, copingstijl (zie 4.2.1.2., en 4.2.1.3.) en conditionering van hypochondrische angsten (Brodsky, 1984; Mayou, 1976; Korrelboom en Kernkamp, 1988). Vaak echter zijn ook geen duidelijk uitlokkende factoren aanwijsbaar. Kenyon (1964) vindt bij ongeveer 50 % van zowel de primair hypochondrische als wel bij secundair hypochondrische patiëntengroepen geen uitlokkende factoren.

#### 4.2.3. Consequente factoren

Aanwezige somatoforme stoornissen kunnen mede in stand worden gehouden door (elkaar beïnvloedende) consequenties.

Zo kan er sprake zijn van primaire winst doordat verdrongen agressieve en seksuele behoeften via somatoforme klachten worden bevredigd (Brodsky, 1984; Vitaliano, Katon, Maiuro en Russo, 1989). Secundaire winst in de vorm van positieve aandacht, sympathie, het ontzien worden met betrekking tot verantwoordelijkheden en plichten als gevolg van de somatoforme klachten maakt het moeilijker deze klachten op te geven. Met name ook als via deze klachten manipulatie van anderen steeds vaker succes heeft (Barsky, 1979; Lichtstein, 1986; Kellner, 1985; Roberts en Reinhardt, 1980; Saarijärvi, Lahti en Lahti, 1989; Lipowsky, 1986; Vitaliano, Katon, Maiuro en Russo, 1984).

Herhaaldelijke geruststelling door anderen en door de patiënt zelf is een veel voorkomend klachtbestendigend (interactioneel) fenomeen bij de hypochondrische patiënt.

Gedragstrategieën als vermijding en controle van het eigen lichaam leiden op langere termijn tot versterking van de angsten en lichamelijke klachten mede doordat de patiënt op termijn ook sensitiever wordt voor lichamelijke klachten vanwege verlaging van de waarnemingsdrempel (Salkovskis en Warwick, 1986; Warwick en Salkovskis, 1985; Miller, Acton en Hedge, 1988; Korrelboom en Kernkamp, 1988).

Ook de invloed van iatrogene factoren als aandacht van de arts, herhaalde onderzoeken naar lichamelijke oorzaken en voorschrijven van medicatie mogen niet onderschat worden (Barsky, 1979; Brodsky, 1984; Mayou, 1976; Kreitman, Sainsbury, Pearce en Costain, 1965; Katzelelbogen, 1941; Wooley e.a., 1978; Aldrich, 1981). Kellner (1985) schat dat iatrogene factoren een rol spelen in 13 tot 30 % van de gevallen. Kreitman e.a., (1965) merken hierbij op dat de bekrachtigende factor niet alleen het medische onderzoek zelf is, doch veel meer ook de wijze waarop het onderzoek wordt geïntroduceerd en toegelicht aan de patiënt.

Ook alcohol en drugs hebben vanwege hun verdovende eufore werking op de korte termijn en de afhankelijkheidsproblematiek op de langere termijn een klachtbestendigend effect (Katon, 1984).

Op gezinsniveau kunnen de lichamelijke klachten van één gezinslid een homeo-

statische functie krijgen. Hierdoor wordt de aandacht van andere gezinsproblemen afgeleid met als gevolg dat de lichamelijke klachten in stand blijven (Benjamin, 1989; Menuchin, 1983; Saarijärvi, Lahti en Lahti, 1989; Shapiro en Rosenfeld, 1988).

#### 4.3. Etiologische benaderingen

De belangrijkste benaderingen ter verklaring van de somatoforme stoornissen zijn de volgende:

##### 4.3.1. Psychodynamische benadering

In de psychoanalytische benadering wordt het menselijk gedrag beschouwd vanuit verschillende gezichtspunten (Kuiper, 1984). Hier is met name belangrijk het dynamische en structurele gezichtspunt. Het structurele gezichtspunt heeft betrekking op het postulaat van de drie functies "ego", "id" en "superego" die samen de persoonlijkheidsstructuur vormen. Het dynamische gezichtspunt verwijst naar het krachtenspel tussen deze drie instanties. Het "ego" kan worden opgevat als een integrerende, centrale instantie, werkend volgens het realiteitsprincipe, die een regulerende functie vervult tussen de naar bevrediging strevende driftimpulsen ("id") en het "superego" bestaande uit het geweten en het ik-ideaal. Het ik-ideaal kan opgevat worden als een geheel van, door socialisatie, geïnternaliseerde ge- en verboden. Het "ego" als regulerende, integrerende instantie beschikt over een aantal afweermechanismen die als primaire functie hebben het vermijden van angst voor de driftimpulsen en de angst voor het eigen geweten. Binnen de psychoanalytische theorie is het neurotisch symptoom het gevolg van een mislukt compromis tussen de naar bevrediging strevende driftimpulsen en de afweer hiervan in verband met de hieraan verbonden angsten. Elk neurotisch symptoom heeft dus een driftaspect en een afweeraspect. In de afweer wordt een deel van de drift bevredigd. Voorbeeld: een agressiegeremde, dwangneurotische man uit zijn agressieve impulsen door zijn dwangmatige gedrag dat veel irritatie oproept bij de ander.

Met name met betrekking tot de hypochondrie worden in de literatuur psychodynamische verklaringen genoemd. Hypochondrie als symptoom van onbevredigde seksuele en agressieve driften. In deze opvatting is de hypochondrie het resultaat van een mislukt compromis tussen naar bevrediging strevende agressieve en seksuele driften en het verbod op het direct uiten hiervan (Barsky en Klerman 1983; Nemiah, 1975; Wahl, 1963; Brown en Vaillant, 1981; Barsky, 1979).

Patiënten met hypochondrie en conversiestoornissen zouden bovendien ook gekenmerkt zijn door lage zelfwaardering, insufficiëntiegevoelens en een kwetsbaar ego. De afweerhypothesen stelt dat patiënten liever de aandacht richten op lichamelijke klachten dan de confrontatie aan te gaan met de veel pijnlijker psychische problematiek. Ook onbewuste schuld- en schaamtegevoelens in verband met onverwerkte agressie zou via de hypochondrische klachten afgewend kunnen worden (Barsky en Klerman, 1983; Nemiah, 1975; Barsky, Geringer en Wool, 1988; Ford en Folks, 1985; Wahl, 1963; Mc. Cranie, 1979). Ook kunnen de hypochondrische klachten de functie hebben van identificatie met een verloren object, of het opvullen van een ego-tekort (Ford en Folks, 1985; Ammon, 1972; 1973; 1974; 1975; 1978; 1979).

Binnen de psychodynamische benadering worden de alexithymische persoon-

lijkeidskenmerken van somatiserende patiënten gezien als resultante van socialisatieprocessen (b.v. slechte moeder-kind interacties) en cognitief-emotionele processen. De mate van alexithymia (en daarmee ook de therapieprognose) wordt gedetermineerd door het aanvangstijdstip en de duur van de pathologische ontwikkelingsstoornissen in de eerste levensjaren (van Houdenhove, 1986; Sifneos, 1973; 1974; Sifneos e.a., 1976; Lesser, 1981). Apfel-Savitz, Silverman en Bennett (1977) maken nog een onderscheid tussen een primaire en een secundaire vorm van alexithymia, waarbij de eerstgenoemde vorm vooral biologisch gemedieerd zou zijn en de secundaire vorm tot stand komt op basis van het afweermechanisme verdringing.

Behalve socialisatieprocessen als oorzaak van alexithymia worden nog drie andere verklaringen genoemd (zie ook Den Hollander, Bruijn en Trijsburg, 1991).

Sifneos e.a. (1976) en Sifneos (1974) postuleren genetische oorzaken voor het ontstaan van alexithymia, waarbij zij zich baseren op onderzoeken die gedaan zijn bij monozygotische en dizygotische tweelingen. Lesser (1981) maant in haar overzichtsartikel tot grote voorzichtigheid met betrekking tot genetische conclusies, vanwege de onmogelijkheid om genetische en omgevingsfactoren in dit soort onderzoeken te onderscheiden.

De neurofysiologische theorieën van alexithymia postuleren een dysfunctionele continuïteit tussen de neocortex en limbische structuren, waardoor er geen of onvoldoende integratie tot stand komt tussen de intellectuele en affectieve componenten van het psychisch functioneren (Nemiah, 1975; Nemiah, 1973; Sifneos, 1974; Lesser, 1981; Miller, 1984). De neurofysiologische theorieën zijn nog steeds erg speculatief (Lesser, 1981).

Tot slot de socioculturele opvatting, welke de alexithymia ziet als een artefact, als zijnde samenhangend met de lagere socio-economische klasse (Ford, 1983; Van Houdenhove, 1986; Lesser, 1981; Lesser, Ford en Friedmann, 1979). Lesser (1981) stelt in haar kritische overzichtsartikel dat alle pogingen ter verklaring van de etiologie van de alexithymia nog als theoretisch en speculatief moeten worden beschouwd. Ook het postuleren van subtypen van alexithymia zonder voldoende onderbouwing nog van het oorspronkelijke alexithymia concept noemt zij een voorbeeld van theoretiseren, dat vooruitloopt op de research. Anderzijds heeft het concept wel de studie aangemoedigd vanuit de verschillende genoemde opvattingen en is volgens Lesser het alexithymia concept in heuristisch opzicht wel bruikbaar gebleken.

#### 4.3.2. Existentieel-fenomenologische benadering

De existentieel-fenomenologische benadering gaat uit van de volgende assumpties. De mens streeft naar zelf-actualisering. Deze kan slechts begrepen worden vanuit zijn relatie met de omgeving waardoor het cartesische dualisme in object/subject en lichaam/geest niet relevant en onvruchtbaar is. De onderzoeksmethode is de fenomenologische. Kennis omtrent het individu kan dus niet verworven worden door de wetenschappelijke methode van de natuurwetenschappen (nomothetische methode), doch door de empathische ontmoeting waarin samen met de cliënt de betekenis van zijn klachten onderzocht wordt (ideografische methode). Elke theorie over het individu los van zijn omgevingscontext wordt als een onvruchtbare reductie gezien. De existentieel-fenomenologische benadering is dan ook minder een theorie dan wel een benadering van en manier van kijken tegen de patiënt met zijn problemen. Binnen de existentieel-fenomenologi-



sche benadering hebben lichamelijke klachten dan ook slechts betekenis, en kunnen als zodanig dan ook pas begrepen worden, binnen de context van een zich gedragend individu ten opzichte van zijn medemensen (Mitwelt) en omgeving (Umwelt). Gedragstoornissen worden opgevat als aangeleerd "zelfverkozen" gedrag resulterende uit enerzijds de behoefte aan zelfontplooiing, verantwoordelijkheid willen nemen voor zijn eigen leven en anderzijds (nog) onvoldoende (coping)mogelijkheden om op een meer adequate wijze om te gaan met de fundamentele levensvragen op het gebied van de dood, vrijheid, isolatie en betekenisloosheid. In de therapie wordt met de patiënt de betekenis van zijn klachten onderzocht als uitingsvorm van zijn wijze van relatie leggen met de medemens en de situatie. De therapeutische relatie met de cliënt centered rogeriaanse grondhouding is het belangrijkste therapeuticum waarbij gebruik wordt gemaakt van psychodynamische inzichten en vaardigheden. Dit laatste echter gericht op de actuele situatie in plaats van op vroegere problematiek (Ford en Urban, 1965; Yalom, 1980; Colm, 1966; Kruithof, Godaert en Schreurs, 1978).

#### 4.3.3. Leertheoretische benadering

Binnen de leertheoretische benadering wordt er vanuit gegaan dat klassieke conditionering, operante conditionering en cognitieve leerprocessen een rol spelen bij het tot stand komen en in stand blijven van somatoforme stoornissen.

Door klassieke conditionering kan een oorspronkelijk neutrale stimulus, zoals bij voorbeeld een knobbeltje op de borst, via de koppeling ervan aan de gedachte van een ernstige ziekte, b.v. kanker (ongeconditioneerde stimulus; U.C.S.) een geconditioneerde stimulus (C.S.) worden voor de hypochondrische angst voor kanker (Korrelboom en Kernkamp, 1988; Korrelboom, 1988).

Binnen het SORK-schema en het drie-factorenmodel van emoties (Orlemans, 1978), worden aan elke emotie een drietal componenten onderscheiden en wel een cognitieve component, een fysiologische component en een gedragscomponent, die elkaar onderling versterken en afhankelijk van de consequenties ervan gehandhaafd blijven.

De cognitieve component bij somatoforme stoornissen bestaat uit aspecten als catastrofale somatische misattributies, angstige verwachtingen, verhoogde aandacht voor lichaamssensaties, selectieve perceptie, verwachtingen over eigen effectiviteit, aandacht voor negatieve informatie, ziekteschema's (Clark 1986, Orlemans en Ten Doesschate, 1976; Vlaeyen e.a., 1990; Van Vliet en Van Wijk, 1990; Warwick en Salkovskis, 1990; De Bruijn-Kofman en Groenman, 1983; Moonen en Beekers, 1984; Reinders, 1988). ( Zie ook het hierna te bespreken cognitieve model).

De fysiologische component betreft allerlei lichamelijke symptomen als pijn, angst, verhoogde spanning, tachycardie, transpireren, e.d.

De gedragscomponent heeft betrekking op gedragsaspecten als:

- vermijding van confrontatie met angstuitlokkende stimuli ( van situaties, inspanningen, en verantwoordelijkheden), toevlucht tot medicatie- en alcoholmisbruik (Visser, Geurtsen en Bouman, 1990; Warwick en Salkovskis, 1990; Wooley e.a., 1978; Vlaeyen e.a., 1990; Korrelboom en Kernkamp, 1988; Reinders, 1988; Korrelboom 1988),

- (dwangmatig) geruststelling zoeken (Visser e.a., 1990; Barsky en Klerman, 1983; Warwick en Salkovskis, 1990; Korrelboom en Kernkamp 1988; De Bruijn-Kofman en Groenman, 1983),

-dwangmatige zelfcontrole respectievelijk inspectie van eigen lichaam (Warwick en Salkovskis, 1990; Korrelboom en Kernkamp, 1988; Korrelboom, 1988),  
-cognitieve rituelen als zichzelf geruststellen (Korrelboom 1988), piekeren als vermijding van confrontatie met angstige fantasieën en daarmee gepaard gaande somatische sensaties (Borkovec en Inz, 1989).

Afname van de angst en pijnklachten ten gevolge van de succesvolle vermijdingsgedragingen leidt vanwege het achterwege blijven van de mogelijkheid van extinctie van de angst tot in stand blijven van de somatoforme stoornissen.

De klachten worden daarnaast mede in stand gehouden door:

-verhoogde selectieve waarneming voor lichamelijke sensaties en vaak optredende vaardigheidstekorten bij deze categorie patiënten (Moonen en Beekers, 1984),

-negatieve gevolgen op langere termijn als bij voorbeeld sociaal isolement, medicatieverslaving, verslechterde lichamelijke conditie, interpersoonlijke conflicten, toename van angst en pijn (Barsky en Klerman, 1983; De Bruijn-Kofman en Groenman, 1983),

-direct ten gevolge van het vermijdingsgedrag veroorzaakte problemen. Door bijvoorbeeld het voortdurend bijna dwangmatig controleren van een huidknobbeltje ontstaat een geïrriteerde huidplek die weer onderwerp wordt van hypochondrische preoccupaties (Korrelboom en Kernkamp, 1988; Warwick en Salkovskis, 1990),

-positieve aandacht van de omgeving voor het ziektegedrag met vaak achterwege blijven van positieve aandacht voor gezond gedrag (Wooley e.a., 1978; Barsky en Klerman, 1983; Warwick en Salkovskis, 1990; Oudheusden, Keizers, Groenman en Gerards, 1988; Visser e.a., 1990; Lehembre, 1983).

#### 4.3.4. Cognitieve benadering

Bij de cognitieve benadering wordt somatisering gezien als resultaat van gestoorde perceptie van lichamelijke sensaties, die op zichzelf genomen ook bij gezonde mensen veelvuldig en voorbijgaand optreden, die echter door patiënten met somatoforme stoornissen als meer schadelijk en meer intens worden ervaren en vervolgens op catastrofale wijze onjuist worden geïnterpreteerd (Clark, 1986; Barsky en Klerman, 1983; Salkovskis, 1990). De hieruit voortvloeiende angsten en spanningen leiden ook weer tot lichamelijke sensaties en klachten die vervolgens door processen als verhoogde en selectieve aandacht en etikettering, leiden tot versterking van de somatisering (Orlemans en Ten Doesschate, 1976).

Symptoomperceptie, ofwel de waarneming van lichamelijke sensaties als symptomen van ziekte, wordt verder gefaciliteerd door: beschikbaarheid van reeds eerder gevormde cognitieve ziekteschema's (die overigens ook gemobiliseerd worden door negatieve stemming; zie Croyle en Uretsky, 1987), actualisering van dysfunctionele aannames over ziekte en gezondheid, aanwezigheid van alternatieve verklaringen voor de symptomen, afwezigheid van alternatieve aandachtvragende cues (competitie van cues), van de context waarin de symptomen worden ervaren, en de mate van verwachting over de eigen effectiviteit de klachten te kunnen beïnvloeden (Pennebaker, 1982; Van Vliet en Van Wijk, 1990; Barsky en Klerman, 1983; Warwick en Salkovskis, 1990; Vlaeyen e.a., 1990).

Eenmaal gevormde onjuiste somatische attributies hebben de neiging te blijven bestaan omdat mensen in het algemeen de neiging hebben slechts selectieve aandacht te schenken aan die informatie die in overeenstemming is met reeds gevormde veronderstellingen of hypothesen. Er is dan sprake van een zichzelf

bestendigend en zelfvaliderend cognitief schema. Binnen dit cognitieve model worden de perceptuele en cognitieve stoornissen als primair gezien, terwijl de ziektegedragingen (hypochondere angsten, preoccupaties, overtuigingen en vermijdingsgedragingen) als secundaire gevolgen hiervan worden opgevat (Barsky, Geringer en Wool, 1988; Barsky en Klerman, 1983).

Indien optredende catastrofale interpretaties van lichamelijke sensaties betrekking hebben op symptomen van het autonome zenuwstelsel, en deze symptomen vervolgens worden geïnterpreteerd als tekenen van een onmiddellijke catastrofe (b.v.: "ik krijg een hartaanval") is volgens Warwick en Salkovskis (1990) de kans groter op het optreden van een paniekaanval.

Als catastrofale interpretaties van lichamelijke sensaties betrekking hebben op symptomen die niet beïnvloed worden door het autonome zenuwstelsel, dan wel dat patiënt deze catastrofale interpretaties als niet onmiddellijk ervaart, is er daarentegen een grotere kans op het ontstaan van een hypochondrische gezondheidsangst.

Zoals in par. 3.7. bleek, is er tussen de paniekstoornis en de hypochondrie een grote overlap in ontstaan en verloop van deze stoornissen. Nadat zich de perceptuele en cognitieve stoornis inzake ziekte en gezondheid heeft gevormd, wordt deze stoornis in stand gehouden door, ook reeds bij de bespreking van het leertheoretisch model genoemde, gedragsaspecten als vermijdingsgedragingen en cognitieve rituelen (zie o.a. Warwick en Salkovskis, 1990).

#### 4.4. Samenvatting

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat lagere sociaal-economische klasse en lagere opleiding, ziekte, overlijden en pathologie in het stamgezin alsmede genetische factoren min of meer in verband worden gebracht met het vóórkomen van somatoforme stoornissen. Een probleem bij veel van de hierop betrekking hebbende studies is dat het vaak gaat om klinische indrukken en (retrospectief) empirisch onderzoek zonder controlegroep waardoor hooguit een correlatieve relatie in plaats van een causale relatie aantoonbaar is. Dit laatste is wel duidelijker aangetoond met betrekking tot cognities en copingstijlen. Uitlokkende gebeurtenissen spelen een rol bij het ontstaan van somatoforme stoornissen, doch deze rol wordt sterk medebepaald door de mediërende factor cognitie. Consequente factoren spelen een duidelijke rol bij het in stand blijven van de somatoforme stoornissen. Vaststellende dat de existentieel-fenomenologische benadering minder een theorie is en meer een zienswijze, kan gesteld worden dat de drie overige benaderingen (de psychodynamische, de leertheoretische en de cognitieve benadering) elk een deel van het complexe fenomeen somatoforme stoornis kunnen verklaren, afhankelijk van onder andere de soort somatoforme stoornis en aspecten hiervan.

### 5.1. Inleiding

Patiënten met somatoforme klachten zijn om meerdere redenen een moeilijk behandelbare groep.

Deze patiënten kunnen moeilijk de relatie ontdekken tussen lichamelijke klachten en psycho-sociale problemen (Thöne, 1986) vanwege de veelvuldig voorkomende alexithymische eigenschappen (Syfneos, 1972; 1973; Wepman, 1973; Gamsa, Braha en Catchlove, 1985) en afkeer tegen psychologische duidingen (Lowy, 1975; Friedman, Jelly en Jelly, 1978, 1979; Barsky e.a., 1988).

De patiënten zijn vaak moeilijk te motiveren voor psychologische behandeling omdat zij het idee van een lichamelijke oorzaak van hun klachten moeilijk kunnen loslaten (Gamsa e.a., 1985; Bleijenberg, Hermans-van Wordragen en Fennis, 1990; Cunningham, Strasberg en Rohbach, 1978 ; Hoogduin, 1987 ; Grol, 1985) en ze absolute zekerheid willen hebben dat er lichamelijk niets met hen aan de hand is (Visser e.a., 1990). Vaak hebben ze al een jarenlange frustrerende carrière in het medisch circuit achter de rug (Zitman, 1984).

Zoals bleek in par.3.7. hebben deze patiënten vaak kenmerken van egocentriciteit, onechtheid, bizar gedrag, excentriciteit, hostiliteit en gebrek aan inzicht (Fabrega, e.a., 1988). Een aantal van deze patiënten gaat voortdurend de machtsstrijd met de hulpverlener aan (Van Betgem, 1983; Lichstein, 1986; Mally en Ogston, 1964), in allerlei vormen van emotionele appels, ( Grol, Van Eyk, Huygen, Van Mierlo, Mekkink en Smits, 1978), teneinde de relatie met de hulpverlener te controleren. Veel patiënten ontwikkelen geleidelijk aan een klaaggedrag, gekenmerkt door enerzijds hulpvragend, afhankelijk gedrag en anderzijds het afwijzen van adviezen (Mally en Ogston, 1964; Yalom, 1981; Peters en Grunebaum, 1977; Barsky e.a., 1988; Cunningham e.a., 1978; Balzer, Küchenhof en Rauch, 1985). Dit kenmerkend interactiepatroon waarin zowel hulpverlener alswel patiënt zich steeds meer onmachtig, gefrustreerd en boos gaan voelen (Grol e.a., 1978; Mally en Ogston, 1964; Schuller, 1977; Brown en Vaillant, 1981; Lipsitt, 1974; Lipowski, 1987), stelt hoge eisen aan de therapeutische vaardigheden, geduld en frustratietolerantie van de hulpverlener (Yalom, 1981; Schuller, 1977; Peters en Grunebaum, 1977; Aldrich, 1981; Barsky, Geringer en Wool, 1988). In een individuele therapie kan dit gemakkelijk leiden tot een toename van somatisering en blokkeren van de hulpverlening.

Indien patiënten gemotiveerd kunnen worden voor deelname aan een groepsbehandeling kan een gunstiger behandelklimaat ontstaan. In een groepstherapie worden bovengenoemde heftige overdrachtsgevoelens ook geprojecteerd op de medegroepsleden. Overdrachtsgevoelens zijn emoties die vroeger zijn ontstaan ten opzichte van voor de patiënt belangrijke mensen en nu geprojecteerd worden op actuele personen. Deze verdunning van de overdrachtsgevoelens door de projectie hiervan op de medegroepsleden werkt afweerverlagend en angstreducerend voor de patiënt als ook drukverminderend op de therapeut. Bovendien kunnen in een groepstherapie meerdere patiënten gelijktijdig behandeld worden (Ford, 1983). In een groepstherapie zijn de therapeutische technieken behorend bij de verschillende theoretische referentiekaders (zie hoofdstuk 4) goed toepasbaar. Groepstherapie kan via de genezende factoren van Yalom (1981)- het wek-

ken van hoop, universaliteit, het geven van informatie, altruïsme, verbetering door herbeleving van de oorspronkelijke gezinssituatie, het ontwikkelen van sociale vaardigheden, nabootsend gedrag, leren van elkaar, groepscohesie, catharsis en existentiële factoren- een therapeutische meerwaarde hebben, mits de groepssamenstelling is afgestemd op de doelen en werkwijze van de therapie en de therapeut terzake deskundig is (Levine, 1982; Yalom, 1981). Psychologische verklaringen voor de somatische klachten blijken de patiënten makkelijker van elkaar dan van de hulpverlener te accepteren (Valko, 1976; Spinhoven en Linsen, 1987). Het kunnen delen van de schuldgevoelens werkt verzachtend op de vaak rigide en strenge gewetensfunctie van deze patiënten. Ook biedt de groep de mogelijkheid van stille identificerende participatie en via modeling kan het proces van zich verantwoordelijk gaan voelen voor de klachten en de behandeling hiervan sneller tot stand komen (Ford, 1983; Von Rad en Ruppell, 1975; Karasu, 1979).

Geconcludeerd kan worden dat groepstherapie bij de behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen voordelen kan hebben boven een individuele therapie vanwege aspecten als: herkenning van eigen problemen in de ander (universaliteit) waardoor de angst voor uniek zijn in eigen klachten vermindert, nabootsend gedrag en leren van sociale vaardigheden waardoor meer kans ontstaat om los te komen van eigen vastgeroeste gedragspatronen, meerdere mogelijkheden tot correctie van onjuiste klachten-bestendige cognities en het leren van elkaar waardoor corrigerende emotionele ervaringen worden opgedaan. Deze aspecten werken afweerverlagend en angstreducerend waardoor een grotere bereidheid kan ontstaan tot het onderzoeken van de betekenis van de somatoforme klachten.

Groepstherapie wordt overigens al vanaf de eeuwwisseling toegepast bij de behandeling van patiënten met psychosomatische klachten (Ford, 1983). In Nederland is reeds begin vijftiger jaren de psychosomatische werkgroep rondom Groen actief. In 1960 rapporteren Groen en Pelser (1960) over hun ervaringen met groepstherapie bij astmatische patiënten. In deze gecontroleerde studie leidde de groepstherapie tot een aanmerkelijke reductie van symptomen en afname van de mortaliteit.

In het vervolg van dit hoofdstuk volgt eerst een literatuurbespreking van de drie vormen van groepstherapie die worden toegepast bij onder andere patiënten met somatoforme stoornissen. Vervolgens worden enkele specifieke groepsbehandelingsaspecten en criteria in verband met de vorming van een groep besproken. Hierna volgt een overzicht (zie ook de betreffende bijlagen) van de empirische studies naar de werkzaamheid van de drie vormen van groepstherapie. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een kritische bespreking van deze effectstudies.

Tenslotte nog een redactionele opmerking: Bij verwijzing naar de betreffende literatuur wordt steeds gesproken over groepstherapie omdat bij een deel van deze studies sprake is van groepspsychotherapie. Met betrekking tot mijn eigen onderzoek spreek ik liever over groepsbehandeling vanwege de relatief korte behandelingsduur en het feit dat een (eventueel) optredend groepsproces als therapeutisch niet de onderzoeksdoelstelling was.

## 5.2. Vormen van groepstherapie

In de literatuur over de groepstherapie van patiënten met somatoforme stoornissen worden globaal genomen de volgende drie vormen van groepstherapieën

aangetroffen:

- educatief-steunende,
- gedragstherapeutische,
- interactioneel-psychodynamische.

(Opmerking: in de hieronder volgende studies is veelvuldig sprake van patiënten met psychosomatische klachten. In de D.S.M.-III-R 1987 terminologie: psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden. Studies bij patiënten met uitsluitend somatoforme stoornissen zijn beperkt).

### 5.2.1. Educatief-steunende groepstherapieën.

In educatief-steunende groepstherapieën (Ford en Long, 1977; Mally en Ogston, 1964; Friedman, Jelly en Jelly, 1979; Van Weel, 1977; Groen en Pelsers, 1960; Oudheusden, Keyzers, Groenman en Gerards, 1988; Roskin, Mehr, Rabiner en Rosenberg, 1980; Valko, 1976; Apfel-Savitz, Silverman en Bennett, 1977; Barsky e.a., 1988) wordt getracht via informatieverstrekking, soms door meerdere disciplines die verschillende aspecten van de stoornis belichten, inzicht en cognitieve herstructurering respectievelijk adequate coping met de klachten te bewerkstelligen. De groepsdiscussie heeft primair meer de functie van steun, ondersteuning en verheldering, dan materiaal op te leveren voor duidingen van de interactiepatronen en de psychodynamiek. Dit laatste wordt overigens niet nagelaten als de groepsleden volgens het inzicht van de groepstherapeut hiervan profijt kunnen hebben. Veelvuldig gebruikte additionele technieken zijn relaxatie-oefeningen, feedback, monitoring, huiswerkoefeningen. Aan de educatief-steunende groepstherapieën ligt vaak het medisch-psychiatrisch behandelingsmodel ten grondslag. Dit is een categorisch model dat psychopathologische verschijnselen tracht te ordenen in termen van descriptieve diagnose, etiologie, pathogenese, prognose en hieraan gekoppelde therapie en preventie (Vandereycken, 1990). Binnen het medisch-psychiatrisch model tracht men, na zorgvuldig lichamelijk en psychiatrisch-psychologisch onderzoek, de patiënt zo goed mogelijk te informeren, gerust te stellen en (voor de patiënt) congruente behandelingsdoelen te formuleren en therapie te effectueren.

Een belangrijke exponent van deze richting is Kellner (o.a. Kellner, 1982; 1983; zie ook Visser e.a., 1990). Kellner noemt met betrekking tot de behandeling van hypochondrische patiënten de volgende behandeldoelen:

- a. de patiënt trachten te overtuigen dat zijn hypochondrische angsten ongegrond zijn,
- b. informatie over cognitief-psychologische processen die zijn hypochondrische angsten mede in stand helpen houden,
- c. opheffen van angst en depressieve klachten, bijvoorbeeld ook door middel van medicatie.

### 5.2.2 Gedragstherapeutisch georiënteerde groepstherapieën

Gedragstherapeutische behandelingen kunnen grofweg worden ingedeeld in respondente, cognitieve en operante behandelingen (Kole-Snijders, Vlaeyen, Van Eeck, Schuerman en Groenman, 1990).

De respondente behandeling richt zich op de fysiologische component van de

emotie. Voorbeelden hiervan zijn relaxatie en biofeedback.

De cognitieve therapie richt zich op de gestoorde percepties en cognities, teneinde cognitieve herstructurering te realiseren via correctie van onjuiste interpretaties van de somatische sensaties. Hierbij worden verschillende strategieën bewandeld. Warwick en Salkovskis (1990) en Salkovskis (1990) hanteren een judo-achtige houding door de patiënt uit te dagen tot onderzoek van alternatieve hypothesen als verklaring voor de klachten, teneinde de overtuiging een ernstige ziekte te hebben te ondergraven. Bij dit hypothesetoetsend onderzoek wordt gebruik gemaakt van allerlei relevante informatie, zoals bijvoorbeeld medische onderzoeksresultaten, doch ook van directe klachtgerelateerde demonstraties en gedragsexperimenten in de behandelsessies (Warwick 1990; Barsky e.a., 1988; Orlemans en Ten Doesschate, 1976). Inzicht krijgen in het situatiegebonden optreden van de klachten en ervaring opdoen via adequaat copinggedrag met het onder controle krijgen van de klachten, worden als belangrijke leermomenten gezien (Moonen en Beekers, 1984; Barsky, Geringer en Wool, 1988), alsmede inzicht in de invloed van aandacht, etiketteren en anticiperen op het ontstaan en in stand blijven van lichamelijke klachten waarbij ook aandacht geschonken wordt aan hyperventilatie en aerofagie (Orlemans en Ten Doesschate, 1976). In de meeste cognitieve therapieën wordt ook aandacht geschonken aan de gedragscomponent. Met name dient het geruststelling zoeken en geruststelling geven gestopt te worden, daar dit vermijdingsgedrag een ongewenst klachtenbestendigend effect heeft (Warwick en Salkovskis, 1985; 1990).

De operante behandeling richt zich op de reductie van geconditioneerde vermijdingsgedragingen, toename van gezond gedrag en uitbreiding van copingvaardigheden door middel van de principes van (geleidelijke) blootstelling aan de fobische stimuli en responsepreventie om extinctie te kunnen laten plaatsvinden en contingentie managementstrategieën (Moonen en Beekers, 1984; Wooley e.a., 1978; Warwick en Marks, 1988; Visser, Geurtsen en Bouwman, 1990; Visser, 1990; Reinders, 1988; Wickramasekera, 1974; Visser e.a., 1990; Korrelboom en Kernkamp, 1988; Korrelboom, 1988). Ook bij de meer operante behandelingen wordt aandacht gegeven aan de cognitieve componenten van de emotie evenals, zoals hierboven bleek, bij een cognitieve aanpak meestal aandacht wordt geschonken aan de vermijdingsgedragingen (Visser e.a., 1990; Orlemans en Ten Doesschate, 1976).

Binnen de behandeling van de chronische pijn zijn volgens Benjamin (1989) in zijn overzichtsartikel twee hoofdstromingen te ontdekken:

- a. behandelingen gebaseerd op het concept van "het operante pijngedrag". Het accent ligt hier vooral op het teniet doen van vermijdingsgedrag, pijnbekrachtigend omgevingsgedrag en het versterken van gezond gedrag middels contingentie managementstrategieën (Zie ook Wooley e.a., 1978; Moonen en Beekers, 1984),
- b. een cognitief gedragsmatige behandeling waarin het accent meer ligt op vermindering van catastrofale cognities en toename van verwachtingen zelf de pijn te kunnen beïnvloeden en te controleren (Zie ook Vlaeyen e.a., 1990).

De behandeling van hypochondrie en overige somatoforme stoornissen waarbij angsten en preoccupaties met lichamelijke gezondheid een rol spelen, bevat dezelfde elementen als de behandeling van dwang en fobieën: blootstelling aan de fobische stimulus en responspreventie, teneinde extinctie te kunnen laten plaatsvinden. De toepassing van bovenstaande gedragstherapeutische technieken in de gedragstherapeutisch georiënteerde groepstherapieën heeft geresul-

teerd in twee stromingen. Enerzijds groepsgedragstherapieën waarbij men gedragsverandering tracht te realiseren via het aangrijpingspunt van cognities, emoties en operant gedrag door middel van technieken als relaxatietraining, rolspelen, stressinoculatie training, copinginstructies, imaginatie-oefeningen, communicatietraining, videomodelling, (zelf)monitoring (Moonen en Beekers, 1984; Puder, 1988; Bleijenbergh e.a., 1990; Von Krause, Ebert, Czeschick en Müller, 1977), anderzijds groepstherapieën waarbij het accent vooral ligt op verandering van operant gedrag door middel van contingentie managementstrategieën. Deze therapieën vinden overigens vaker intramuraal plaats bij de chronische pijnpatiënten (Wooley e.a., 1978; Houpt, Keefe en Snipes, 1984). Meestal wordt in de groepstherapieën aandacht geschonken aan zowel de cognitieve als aan de gedragscomponenten. Dat resulteert in een breed eclectisch multimethodisch behandelingspakket. (Zie o.a. Gamsa e.a., 1985; Moore en Chaney, 1985).

### 5.2.3. Interactioneel psychodynamische groepstherapieën

In de interactioneel psychodynamische groepstherapie vormt het groepsproces, dat wil zeggen het geheel van de genezing bevorderende factoren van Yalom (zie par.5.1.) een belangrijk therapeutisch medium.

Vanuit de existentieel-fenomenologische benadering wordt het belang benadrukt van de therapeutische relatie, met de cliënt-georiënteerde benadering als het belangrijkste therapeutisch. In de groepstherapie dient allereerst een proces op gang te komen van relatie leggen tussen psychische conflicten en lichamelijke klachten. Naarmate de cohesie toeneemt en de groepsleden zich veiliger gaan voelen, durft men te beginnen met het onderzoeken van elkaars onderliggende problematiek. Typerende interactiepatronen worden geïnterpreteerd. Somatiseren wordt geïnterpreteerd als weerstand tegen confrontatie met onderliggende gevoelens van mislukking, eenzaamheid en schuld. Afhankelijk van ondermeer het theoretische referentiekader van de therapeut en de ernst van de persoonlijkheidsstoornissen van de patiënt, vinden interpretaties plaats gericht op de groep dan wel de individuele patiënt. In de interacties met zijn medegroepsleden en de groepstherapeut herhaalt de patiënt de belangrijkste attitudes en conflicten van vroegere voor hem belangrijke mensen uit zijn jeugd. Interpretatie van deze overdrachtsneurose door de groepstherapeut is een belangrijk doel van de inzichtgevende analytische therapie. De behandeling is succesvol indien bij de patiënt op basis van dit inzicht in zijn overdrachtsneurose zijn klachten verminderen. Echter dit doel wordt vaak maar ten dele bij deze patiënten gerealiseerd (Schoenberg en Senescu, 1966; Yalom, 1981; Sellschopp-Rüppell, 1977; Roberts, 1977; Von Rad en Werner, 1981; Melson, Rynaerson, Dortzbach, Clarke en Snyder, 1982; Rüger, 1986; Stein, Steinhart en Cutler, 1955; Buchanan, 1978; Thöne, 1986; Groen en Pelser, 1960). Ten aanzien van dit gematigde succes concludeert Benjamin (1989) in zijn overzichtsartikel over de psychologische behandeling van chronische pijn dat: "whilst psychoanalytic experience may be helpful in understanding the process of psychogenic pain development, patients with these disorders are generally regarded as unsuitable for psychoanalytic treatment and technics are usually limited to information, explanation, reassurance and support".

Met betrekking tot de alexithymische gedragskenmerken blijkt dat auteurs die deze kenmerken zien als uitdrukking van een neurofysiologische en/of eventueel genetische beperking (Nemiah, 1975; Sifneos e.a., 1976; Apfel e.a., 1977) een dynamische, ontdekkende psychotherapie gecontraïndiceerd achten. Dit vanwege



het feit dat een ontdekkende therapie alleen maar lichamelijk ervaren stress zou toevoegen aan de reeds bestaande somatoforme klachten ten gevolge van het relatieve onvermogen van deze patiënten om onlustgevoelens in verband te kunnen brengen met psychologische problemen. In de optiek van deze auteurs zou om deze reden alleen maar een ondersteunende therapie zijn geïndiceerd.

Auteurs die een meer ontwikkelings-psychologische respectievelijk psychodynamisch georiënteerde visie hanteren en de alexithymie zien als meer gefundeerd vanuit een psychologische afweer, hebben een groter psychotherapeutisch optimisme en menen dat ontdekkende therapie wel tot de mogelijkheden behoort, met name ook groepspsychotherapie (Von Rad en Werner, 1981; Pinsky, 1978; Moss en Carp, 1986). Ford concludeert dat steeds van geval tot geval bekeken dient te worden welke vorm van psychotherapie geïndiceerd is, omdat binnen de categorie van de alexithymia-patiënten ook variaties voorkomen met betrekking tot gebruik van afweermechanismen, communicatiestijl en mate van individuatie.

### 5.3. Specifieke groepsbehandelingsaspecten, vorming van de groep en prognose

#### Non-verbale lichaamsgerichte aspecten

Non-verbale lichaamsgerichte oefeningen als relaxatietherapie, biofeedback, bewegingstherapie en fysiotherapie worden veelvuldig toegepast bij de behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen.

De doelstellingen variëren afhankelijk van de vorm van de therapie. Gemeenschappelijk in deze vormen van groepstherapieën is het doel om via het direct aangrijpen van de oefeningen op de fysiologische component van de somatoforme klacht, arousalverlaging en symptoomreductie te bewerkstelligen en hiermee samenhangend ook de relatie tussen psychisch functioneren en lichamelijk welbevinden sneller en beter te laten inzien.

Binnen de meer interactioneel psychodynamische groepstherapieën heeft men de ervaring dat het in eerste instantie aansluiten bij de somatiseringsbehoefte via eerst of gelijktijdig beginnen met lichaamsgerichte oefeningen leidt tot verminderde afweer, snellere cohesievorming en daardoor snellere bereidheid tot exploratie van de onderliggende problematiek (Von Rad en Rüppell, 1975; Sellschopp-Rüppell, 1977; Deter en Reindell, 1981; Thöne, 1986; Gamsa e.a., 1985; Becker, 1977; 1981; Balzer e.a., 1985; Lesser, 1981; Puder, 1988).

Bij patiënten met chronische pijnklachten heeft het ook de functie om de patiënten te leren inzien dat pijn een controleerbaar en beïnvloedbaar fenomeen is. Een actieve rol van patiënten bij het beheersen van hun pijnproblemen wordt zo gestimuleerd (Spinoven en Linsen, 1985; Gamsa e.a., 1985; Puder, 1988). Een experimenteel aangetoonde ondersteuning voor bovengenoemde functie en timing van de relaxatie bij de behandeling van spanningshoofdpijn blijkt uit een onderzoek van De Bruijn-Kofman en Groenman (1989). De Bruijn-Kofman en Groenman tonen aan dat de volgorde waarin de verschillende onderdelen van behandeling worden aangeboden, van invloed is op de effectiviteit van de behandeling. In hun onderzoek, waarin ze drie verschillende behandelingscondities onderzochten, bleken gunstiger resultaten met een behandeling die begon met relaxatieoefeningen. De auteurs veronderstellen een volgorde-effect: "eerst meegaan met de klacht middels een relaxatietraining, zou de weerstand verlagen en het werken aan de andere aspecten mogelijk maken".

Therapeutgedrag

De in par.5.1. besproken gedragskenmerken van deze patiënten kunnen ook in een groepstherapie gemakkelijk leiden tot dysfunctionele interactiepatronen, niet alleen tussen patiënt en therapeut, maar ook tussen de groepsleden onderling (Lipsitt, 1974; Schuller, 1977; Braun en Vaillant, 1988; Mally en Ogston, 1964; Ammon, 1974).

Te snelle interpretatie van afweermechanismen en te grote stimulering van affectieve uitingen kan gemakkelijk leiden tot zich bedreigd voelen, toename van klachten, nieuwe symptomen alsmede tijdelijk wegblijven of zelfs drop-out (Barsky e.a., 1988; Ford en Long, 1977; Knaus, 1985; 1987; Roberts, 1977). Om deze redenen dient met groepsduidingen ook zeer voorzichtig te worden omgesprongen. Bij patiënten met psychosomatische klachten kan voortijdige interpretatie van afweergedrag zelfs leiden tot ongewenste exacerbatie van de lichamelijke klachten.

Onregelmatige aanwezigheid van groepsleden is ook funest voor de groepscohesie (Cunningham e.a., 1978) evenals de dominante aanwezigheid van de hulpafwijzende klager (Yalom, 1981). Deze patiënten vinden het vaak moeilijk de aandacht van de groepstherapeut met de medegroepsleden te moeten delen (Yalom, 1981; Knauss, 1985).

Op grond hiervan worden met name binnen de langer durende interactioneel-psychodynamische groepstherapieën bij deze patiënten de volgende modificaties in het therapeutgedrag voorgesteld: in de therapie dient de verantwoordelijkheid voor de klachten, gedrag en interactie zoveel mogelijk bij de patiënt gelegd te worden, ter vermindering van de reddersrol door de therapeut. Dit laatste is een doodlopende weg bij de somatiserende patiënt met hulpafwijzend klaaggedrag (Schuller, 1977; Peters en Grunebaum, 1977; Yalom, 1981). Het is echter niet te vermijden dat de therapeut in het begin van de therapie meer steunend, structurend en actief dient te zijn, waarbij hij dan ook niet schroomt om tijdelijk in een meer moederlijke, verzorgende rol te gaan zitten (Knauss, 1987; Roberts, 1977; Ford, 1983). Een meer "pessimistische" houding met serieus nemen van de klachten en vermindering van machtsstrijd is een relatief "asociale" respons voor de patiënt, is confronterend en dwingt de patiënt meer tot zelfonderzoek (Peters en Grunebaum, 1977; Schuller, 1977; Yalom, 1981). De therapeut moet afhankelijk claimend gedrag kunnen accepteren, alsmede het gegeven dat betekenisvolle gedragsveranderingen lang op zich kunnen laten wachten (Ford, 1983; Quill, 1985). De theoretische oriëntatie van de therapeut is hierbij van ondergeschikt belang (Ford, 1983). Interpretaties dienen steeds zoveel mogelijk gebaseerd te zijn op de observatie van interacties tussen groepsleden en de groepstherapeut. Met de interpretaties dient zeer voorzichtig omgesprongen te worden en zeker in de beginfase dient het accent vooral te liggen op gedoseerde stimulatie van affectuities (Ford en Long, 1977; Knauss, 1987; Roberts, 1977; Schoenberg en Senescu, 1966). Ontmoediging van onregelmatige aanwezigheid, alsmede vroegtijdige onderkenning van drop-out is belangrijk vanwege de funeste invloed hiervan op de groepscohesie.

Vanwege het gebrekkige zelfinzicht en de afweer tegen psychologisering kan video feedback en een meer themagerichte aanpak een goede ondersteuning zijn bij het leren herkennen en uiten van emoties (Ford, 1983; Gamsa e.a., 1985; Mentzel, 1976).

Evenals bij individuele therapie dienen klachtcontingente afspraken en responsen in verband met ongewenste versterking van probleemgedrag zoveel mogelijk

vermeden te worden (Lichstein, 1986; Smith, Monson en Ray, 1986; Quill, 1985; Schuller, 1977; Imboden, 1978; Aldrich, 1981).

### Indicatiestelling. Selectiecriteria

Yalom (1981) ervaart de behandeling van patiënten met extreem hulpafwijzend klaggedrag als buitengewoon moeilijk en ondankbaar en ziet deze categorie als eigenlijk niet geschikt voor interactionele psychodynamische groepstherapie. Ford en Long (1977), Schoenberg en Senescu (1966) specificeren geen nadere criteria dan dat volgens hen alle patiënten met somatisering die gemotiveerd zijn voor deelname aan groepstherapie geschikt zijn voor groepstherapie. Andere auteurs (Lipovski, 1988; Roberts, 1977; Von Krause, Ebert, Czeschick en Müller, 1977; Friedman e.a., 1978) specificeren wel selectiecriteria en noemen: exclusie van psychotische stoornissen, organisch-cerebrale aandoeningen zoals dementie en ernstige persoonlijkheidsstoornissen (bijvoorbeeld schizoïde, paranoïde karaktertrekken en sterk afhankelijk gedrag), leeftijd tussen 20 en 65 jaar, redelijke lichamelijke gezondheid, gemotiveerd tot wekelijkse deelname aan groepstherapie-sessies, I.Q. niet lager dan ongeveer 90 en heterogeniteit qua sociaal-economische klasse en symptomatologie.

Volgens Levine (1982) zijn indicatiestelling en selectie een relatief probleem. Hij vat de problematiek als volgt samen: "Groepstherapie kan helpen bij bijna alles wat individuele therapie kan, vooropgesteld dat er een geschikte groep beschikbaar is en dat de cliënt de groep als behandelingsmethode aanvaardt".

### Homogeniteit en heterogeniteit

Over homogeniteit en heterogeniteit qua symptomatologie, probleemgebieden, ik-sterkte, angsttolerantie, persoonsgebonden factoren als leeftijd en sexe bestaat redelijke overeenstemming.

Kortdurende groepen- dit is vaak het geval bij gedragstherapeutisch georiënteerde groepen- dienen homogeen te zijn qua symptomatologie en probleemgebieden. Factoren als leeftijd en sexe zijn hierbij van ondergeschikt belang (Levine, 1981).

Bij de interactioneel-psychodynamische groepstherapieën, gericht op zelfinzicht en interpersoonlijke groei bestaat een voorkeur voor heterogeniteit qua symptomatologie, doch homogeniteit qua ik-sterkte en angsttolerantie met redelijk overeenstemmende levensfasen en gemengde populatie qua sexe (Levine, 1982; Yalom, 1981; Knauss, 1985; 1987; Rijdt van de Ven, 1975; Schibalski-Ammon, 1980; Roberts, 1977; Preuss, 1975; Thöne, 1986).

### Voorbereiding van de groepsleden

Voorafgaande aan de groepstherapie dienen een of enkele individuele gesprekken plaats te vinden gericht op reductie van eventuele onrealistische soms catastrofale angsten en opvattingen, het bieden van steun en het aanbieden van de juiste cognitieve structuur en rolverwachtingen ten aanzien van de deelname aan de groepstherapie (Yalom, 1981).

Bij een interactioneel-psychodynamische groepstherapie kan via een aantal individuele sessies een emotionele binding aan de therapeut ontstaan waardoor deze de patiënt beter door de angsten heen kan helpen van de eerste fase van de

therapie en daardoor premature beëindiging kan helpen te voorkomen. Teveel individuele sessies dienen echter vermeden te worden, in verband met eventueel optredende problemen met het moeten delen van de aandacht van de therapeut met de andere groepsleden (Ford en Long, 1977; Ford, 1983; Stein e.a., 1955).

Ter vermijding van onnodige angsten, zeker als het een kortdurende meer educatieve groepstherapie is, kan de groepstherapie ook gepresenteerd worden als een cursus (Barsky e.a., 1988; Spinhoven en Linsen, 1987).

Moonen en Beekers (1984) hebben een uitgewerkt voorbereidingsprogramma samengesteld voor "libo"-patiënten (patiënten met een lager inkomen, beroep en onderwijs) ten einde deze te motiveren voor deelname aan latere vaardigheidstherapieën, door middel van doelen als aanleren van een situatief referentiekader, identificeren van vaardigheidstekorten en bewerken van positieve verwachtingen.

### Grootte, tijd, locatie en karakter van de groep

De meeste groepen komen eenmaal per week ca. 1,5 uur bij elkaar, waarbij de groepsgrootte varieert tussen de 6 en 9 patiënten. Een aantal auteurs (Ford, 1983; Ford en Long, 1979; Buchanan, 1978; Gamsa e.a., 1985) vermelden dat zij vanwege regelmatige dropout, respectievelijk wisselende aanwezigheid van groepsleden, starten met een groepsgrootte tussen 10 en 15 patiënten, zodat er dan gemiddeld 8 patiënten aanwezig zijn. Om deze redenen kiest men dan voor open groepen (Ford en Long, 1979; Schoenberg en Senescu, 1966; Roberts, 1977; Valko, 1976), hoewel anderen een voorkeur hebben voor gesloten groepen (Gamsa e.a., 1985; Buchanan, 1978; Thöne, 1986).

Enkele auteurs vermelden qua locatie een voorkeur voor de medische setting in verband met de afweer van patiënten tegen niet-somatische verklaringen van hun klachten (Ford, 1983; Friedman e.a., 1979; Apfel-Savitz e.a., 1977) en een voorkeur voor een co-therapeut (Moonen en Beekers, 1984; Thöne, 1986; Groen en Pelser, 1960).

### Prognose

Een gunstige prognose ten aanzien van psychologische behandeling in het algemeen, dus niet uitsluitend gerelateerd aan groepstherapie, hebben: jeugdige leeftijd (Groen en Pelser, 1960; Kellner, 1985), minder voorafgaande ziekenhuisopnamen en/of specialistische onderzoeken (Kellner, 1985; Groen en Pelser, 1960; Bleijenberg en Fennis, 1987), acceptatie door de partner (Groen en Pelser, 1960) die ziektegedrag niet bekrachtigt met aandacht (Roberts en Reinhardt, 1980), werksatisfactie (Groen en Pelser, 1960). Benjamin (1989) vindt aanwijzingen dat bij de chronische pijnpatiënten gebrek aan werk een betere voorspeller is voor slechte prognose, dan financiële compensatie. Ook uit een onderzoek van Wulferink, Winter, Boer en Seydel (1993) blijkt dat een W.A.O.-uitkering geen belemmering vormt voor therapie-succes. Prognostisch gunstig zijn ook: goede introspectie (Groen en Pelser, 1960), acuïtheid van de stoornis met duidelijk aanwijsbare uitlokkende stressvolle gebeurtenissen (Ford en Folkes, 1985; Kellner, 1985), goede premorbide gezondheid (Ford en Folkes, 1985; Kellner, 1985), afwezigheid van organische ziektes of begeleidende psychiatrische syndromen (Ford en Folkes, 1985; Kellner, 1985), korte klachtenduur (Kellner, 1983; 1985; Bleijenberg en Fennis, 1987), afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen

(Kellner, 1983; 1985), aanwezigheid van modulerende angsten of depressieve klachten (Kellner, 1985) (waarbij de angst en depressie, althans bij de patiënten met spanningshoofdpijn niet te groot moet zijn: De Bruijn-Kofman, 1987), hogere sociaal-economische klasse (Kellner, 1983; 1985). Bij de patiënten met chronische pijnsyndromen signaleren Vlaeyen e.a., (1990) de teleurstellende stand van zaken met betrekking tot de voorspellende waarde van ongunstige kenmerken van de pijnpatiënt. Gunstige eigenschappen zoals bijvoorbeeld de verwachting dat men dagelijkse problemen goed aankan, zijn volgens deze auteurs betere voorspellers voor wat betreft behandelingsresultaten, althans bij deze categorie patiënten. Korrelboom en Kernkamp (1988) signaleren in navolging van Warwick en Salkovskis (1990) een betere behandelingsprognose bij patiënten met een hartziektrofobie, op basis van op hyperventilatie lijkende verschijnselen, dan patiënten met een kankerfobie.

#### 5.4. Effectstudies van groepstherapie bij patiënten met psychosomatische en somatoforme stoornissen

In par. 5.2. werd reeds het weinig voorkomen genoemd van evaluatiestudies van groepstherapie bij patiënten met uitsluitend somatoforme stoornissen. Slechts van een enkele studie bleek ondubbelzinnig dat deze betrekking had op patiënten met uitsluitend somatoforme stoornissen (o.a. Valko, 1976). Vaak ging het om patiënten met de diagnose psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden (DSM 1987), vaak ook kon niet met zekerheid uitgesloten worden dat het niet (alleen maar) ging om somatoforme stoornissen (zie bijvoorbeeld Schoenberg, Senescu, Peters en Grunebaum, 1977; Van Weel, 1966; Roskin, Mehr, Rabiner en Rosenberg, 1980). Kortom, diagnostische onduidelijkheden beperken de uitspraken over het behandelingseffect van groepstherapie bij patiënten met somatoforme stoornissen.

Getracht werd de empirische studies te rubriceren in de drie boven genoemde categorieën van groepstherapie. Deze indeling op basis van aangetroffen behandelingsaccenten blijft vanwege de vaak meerdere toegepaste behandelingsmodaliteiten en onvoldoende geëxpliciteerde theoretische en/of therapeutische referentiekader toch wat kunstmatig. Een studie als bijvoorbeeld van Van Oudheusden, Keyzers, Groenman en Gerards (1988) die hieronder in de categorie van de educatief-steunende groepstherapieën wordt genoemd, zou vanwege de gedragstherapeutische elementen ook in die categorie kunnen worden opgenomen.

##### 5.4.1. Educatief-steunende groepstherapieën (zie bijlage 2)

In de studies is sprake van een gemengde populatie met uitzondering van de studies van Mally en Ogston (1964); Friedman e.a. (1974); Valko (1976), waarin alleen vrouwen werden behandeld. Dwan en Nesbitt (1978) geven hieromtrent geen informatie. De gemiddelde leeftijd van de behandelde patiënten kon door onvolledige informatie hieromtrent niet berekend worden. De leeftijdsrange in deze studies lag tussen 24 en 72 jaar, waarvan de meeste patiënten waarschijnlijk tussen 40 en 50 jaar.

Het aantal behandelde patiënten in de negen studies bedroeg 190.

In geen enkele studie werd informatie gegeven over de duur van de klachten.

In die studies waarin meetinstrumenten werden gebruikt was slechts één maal sprake van gevalideerde vragenlijsten (Oudheusden e.a., 1988). In de overige

drie studies werd medicatiegebruik en bezoekfrequentie aan specialist of huisarts als afhankelijke variabele gebruikt.

Alle behandelingen vonden poliklinisch plaats.

In één studie (Oudheusden e.a., 1988) was sprake van een pretest-posttest controlegroep design. In de studie van Groen en Pelser (1960) werden drie behandelingscondities vergeleken. De overige studies werden niet gecontroleerd.

Zoals uit het overzicht blijkt, werd in alle studies een vermindering van de klachten gerealiseerd, waarbij de therapieduur en therapiefrequentie overigens nogal varieerde.

Qua psychopathologie bleek behalve van somatoforme stoornissen ook meerdere keren sprake van psychosomatische klachten (DSM 1987: psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden).

#### 5.4.2. Interactioneel-psychodynamische groepstherapieën (zie bijlage 3)

In de studies van Schoenberg, Senescu(1966) en Peters, Grunebaum (1977) werden alleen vrouwen behandeld. In de overige studies was sprake van een gemengde patiëntenpopulatie.

De leeftijdsrange lag tussen 20 en 70 jaar.

In zeven van de 10 studies ontbrak informatie over de klachtenduur. In de overige drie studies lag de range tussen twee jaar en 15 jaar.

Het aantal behandelde patiënten in de 10 studies bedroeg 297.

In geen enkele studie was sprake van een controlegroep. Enige mate van controle werd aangetroffen in de studie van Sellschopp-Rüppel (1977) die de psychosomatische groep vergeleek met een psychoneurotische groep.

In vijf van de 10 studies werden geen meetinstrumenten gebruikt, danwel werd hiervan geen expliciet melding gemaakt. In de overige vijf studies bestonden de meetinstrumenten vaak uit zelfbeoordelingsschalen.

In zeven van de 10 studies was de behandeling poliklinisch. Zoals uit het overzicht blijkt, varieerde de therapieduur nogal qua frequentie en intensiteit.

Opvallend in deze studies is ook weer de veelvuldige aanwezigheid van psychosomatische klachten.

Met uitzondering van één studie (Rüger, 1986) werden in alle studies positieve gedragsveranderingen gerealiseerd. Niet duidelijk is steeds in hoeverre deze gedragsveranderingen ook werden beoogd mede vanwege het ontbreken van vooraf geformuleerde hypothesen.

#### 5.4.3. Gedragstherapeutische groepstherapieën (zie bijlage 4)

In alle studies werden beide sexen behandeld.

De leeftijdsrange varieerde tussen 16-80 jaar. De gemiddelde leeftijd lag in de buurt van de 45 jaar.

In tegenstelling tot de hierboven besproken vormen van groepstherapie werd bij de gedragstherapeutisch georiënteerde groepsstudies in zeven van de 11 studies informatie gegeven over de klachtenduur. Deze varieerde tussen de één en 25 jaar met de hoogste frequenties tussen de twee en 10 jaar. Met name de chronische pijnklachten springen er in negatieve zin uit.

In zeven van de 11 studies was sprake van een poliklinische behandelingssetting.

De gemiddelde therapieduur in deze poliklinische behandelingssetting bedroeg

ongeveer 10 sessies van ongeveer twee uur, met een range tussen zes en 20 sessies. De klinische behandeling was steeds multimethodisch en multidisciplinair, waardoor uitspraken over de specificiteit van het effect van de groepstherapie werden beperkt.

De psychopathologie werd, zoals uit bijlage vier blijkt, gekenmerkt door veelvuldige aanwezigheid van pijnklachten.

Bij deze gedragstherapeutisch georiënteerde groepstherapiestudies was vaker sprake van een gecontroleerd onderzoeksdesign. In drie studies (Moonen en Beckers, 1984; Puder, 1988; Moore en Chaney, 1985) was sprake van een pre-test posttest controle groep design. De studie van de Bruyn-Kofman en Groenman (1989) vergeleek drie verschillende experimentele condities. Een wachtlijstcontrolegroep bleef vanwege de klinische onhaalbaarheid hiervan achterwege.

In acht van de 11 studies was sprake van gebruik van meetinstrumenten, meestal zelfbeoordelingslijsten. Juist in de klinische behandelingssetting (vier studies) ontbraken de meetinstrumenten (drie keer).

Uit de resultaten bleek dat ook deze vorm van groepstherapie succesvol is. Dit werd bevestigd door de gecontroleerde studies.

#### 5.4.4. Bespreking van de effectstudies

In de meerderheid van de gerapporteerde studies ontbrak informatie over gebruik en resultaten van instrumenten op grond waarvan de diagnosestelling, bij voorbeeld in termen van as-I klinische syndromen en as-II persoonlijkheidsstoornissen, plaats had gevonden. De aard, omvang en ernst van de as-I klinische syndromen werd vaak onvoldoende duidelijk omschreven. Hetzelfde geldt voor de as-II persoonlijkheidsstoornissen welke vaak indirect afgeleid moesten worden uit de ernst, duur en omvang van de as-I psychopathologie. Kortom de diagnosestelling leek vaak tot stand te zijn gekomen middels het klinische oordeel van de onderzoeker, in plaats van via DSM 1987-criteria of een ander veelvuldig gebruikt classificatiesysteem (bijvoorbeeld I.C.D.).

Zoals hierboven reeds gememoreerd, waren de groepen vaak heterogeen samengesteld qua as-I klinische syndromen. Zelfs indien wij de studies waarin sprake is van een chronisch pijnsyndroom qua as-I symptomatologie rangschikken onder de diagnostische noemer van somatoforme pijnstoornis, zijn er nog maar acht van de in totaal 31 studies die uitsluitend betrekking hebben op somatoforme stoornissen. Bij de overige 23 studies is sprake van multiple as-I symptomatologie, hetzij binnen de patiënt, hetzij binnen de groep, ofwel konden andere dan somatoforme stoornissen op grond van hoger genoemde diagnostische onduidelijkheden, niet uitgesloten worden.

Ook ontbrak soms een omschrijving van de as-III lichamelijke stoornissen die naast de as-I stoornissen aanwezig waren. Zoals uit het overzicht van de empirische studies reeds bleek, was er sprake van gebrekkige informatie betreffende patiëntvariabelen als klachtenduur en leeftijd, met name bij de educatief-steunende en de interactioneel-psychodynamische groepstherapieën. Ook ontbrak vaak informatie met betrekking tot sociaal-maatschappelijke variabelen en ingrijpendheid van de klachten op het dagelijks functioneren. Als men als graadmeter van dit laatste neemt de opname in een kliniek (zeven keer in tegenstelling tot de 22 poliklinische behandelingsituaties) dan zou het met deze ingrijpendheid overigens nog mee kunnen vallen.

Een ander opvallend fenomeen is de niet of onvolledige specificatie van de selectiecriteria. Gunstige uitzonderingen hierop zijn o.a. Lipowski (1988); Roberts (1977); Von Krause e.a., (1977); Friedman e.a. (1978).

Ook ontbrak vaak informatie over patiënten die een behandeling weigerden of stopten met de behandeling. Ook hier zijn uiteraard weer gunstige uitzonderingen, zoals b.v. de onderzoeken van de Bruyn-Kofman en Groenman (1989) en Puder (1988).

Van de 31 gerapporteerde studies was bij vier studies sprake van een pretest-posttest controlegroep design. Als wij de studie van Oudheusden e.a. (1988) rangschikken onder de gedragstherapeutische studies (voor overwegingen hierbij zie par. 5.4.) kan geconstateerd worden dat al deze vier studies (Oudheusden e.a. 1988; Moonen en Beekers, 1984; Puder, 1988; Moore en Chaney, 1985) betrekking hebben op het gedragstherapeutische referentiekader. Een gegeven dat eigenlijk niet bevreemdt, gezien de "meetcultuur" in dit referentiekader. In nog eens drie studies (Groen en Pelsers, 1960; Sellschopp en Ruppel, 1977; De Bruyn-Kofman en Groenman, 1989) was sprake van een gedeeltelijke controle in de vorm van vergelijking tussen meerdere experimentele condities zonder wachtlijstcontrolegroep. Kortom in 24 van de 31 studies was geen sprake van controle op de invloed van de experimentele variabele op de behandelingsresultaten.

Met de meetinstrumenten is het ook pover gesteld. In 15 van de 31 studies werden meetinstrumenten gebruikt. In de resterende 16 studies ontbraken deze, dan wel werden ze niet genoemd. Ook hier springt de gedragstherapeutische groepstherapie er weer in gunstige zin uit. Indien meetinstrumenten werden gebruikt was vaak sprake van zelfbeoordelings-vragenlijsten. Jammer is dat deze vragenlijsten vaak beperkt bleven tot enkele outcome-metingen, waardoor genuanceerde interpretaties van de resultaten worden ingeperkt. De meting van een voor de hand liggende variabele als tevredenheid over de behandeling ontbrak bijna steeds.

Ernstiger is dat hypothesen niet vermeld werden of impliciet werden genoemd. Op deze manier blijft onduidelijk of positief gewaardeerde gedragsveranderingen na afloop van de therapie ook als zodanig werden beoogd dan wel ten onrechte aan de therapie werden toegeschreven.

Door veelvuldige afwezigheid van statistische bewerking van de onderzoeksresultaten was onduidelijk hoe significant als zodanig benoemde resultaten waren.

Onafhankelijke beoordelaars werden in geen enkele studie aangetroffen.

Bij acht studies (van de 31) vond een follow-up meting plaats, variërend tussen 3 maanden en 7,5 jaar na beëindiging van de therapie. Dit is een mager aantal.

Een belangrijk probleem bij de beoordeling van de werkzaamheid van de groepstherapieën werd gevormd door het feit dat er vaak ook sprake was van additionele therapeutische interventies als bijvoorbeeld individuele gesprekken, medicatie, creatieve- en bewegingstherapie. Met name ook speelt dit probleem bij de zeven studies in de klinische behandelingssetting.

De beoordeling van de effectiviteit van een groepstherapie werd niet alleen belemmerd door het vaak multimodale behandelingspakket, doch ook door het feit dat het gehanteerde referentiekader vaak onvoldoende duidelijk uit de beschrijving naar voren kwam. Zoals in par. 5.2.2. reeds werd gememoreerd was er vaak meer sprake van accenten binnen een multimodale eclectische behandeling dan van een zuiver theoretisch referentiekader.

Ook ontbrak bijna steeds informatie over de kwalificatie en ervaring van de groepstherapeut, terwijl dit toch belangrijke informatie is, met name voor het beoordelen van de effectiviteit van de interactioneel/psychodynamische groeps-



therapieën die meer dan de andere twee vormen van groepstherapieën afhankelijk zijn van de dieptepsychologische kennis en interactionele vaardigheden van de therapeut.

Geconcludeerd kan worden dat groepstherapie positieve resultaten heeft bij de behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen. Echter vanwege diagnostische onduidelijkheden, onvoldoende gecontroleerd onderzoek en onvoldoende gespecificeerde therapieën, respectievelijk therapeutvariabelen is het moeilijk de mate van effectiviteit hiervan, alsmede de eventuele differentiële effecten van de drie meest gebruikte groepstherapeutische referentiekaders vast te stellen.

### 6.1. Vraagstelling

Uit de hiervoor besproken literatuur wordt duidelijk dat patiënten met somatoforme stoornissen worden gekenmerkt door onder meer een hoge medische consumptie, sterke somatisering, gebrekkige copingvaardigheden, (secundaire) angst en depressieve klachten en moeilijke behandelbaarheid vanwege klachtbestendigheid, cognities en gedragingen, alsmede door negatieve overdrachtsfenomenen.

Ook blijkt uit deze literatuur dat groepsbehandelingen positieve behandelingseffecten kunnen bewerkstelligen bij deze patiënten.

De groepsbehandelingen verschillen, afhankelijk van de vorm van de groepstherapie. Binnen de educatief-steunende en de gedragstherapeutisch georiënteerde groepstherapieën liggen de accenten vooral op beïnvloeding van de klachtuitlokkende en klachtbestendigende cognities en gedragingen via cognitieve herstructureringstechnieken, dan wel meer op de operante gedragingen aangrijpende gedragsinterventies als exposure en responsepreventie, stresscoping en sociale vaardigheidstraining. Bij de interactioneel-psychodynamische groepstherapieën is het groepsproces het belangrijkste therapeuticum. Genoemde drie vormen van groepstherapie geven ook aandacht aan lichaamsgerichte oefeningen als relaxatie, ademhalingsoefeningen, biofeedback en bio-energetische oefeningen. Met name indien met deze lichaamsgerichte oefeningen wordt begonnen in het begin van de therapie heeft dit gunstige effecten op de cohesievorming, vermindering van de afweer en sensibilisering voor "psychosomatische relaties".

Uit de groepsliteratuur zijn geen aanwijzingen te vinden voor verschillende groepsbehandelingen voor de onderscheiden somatoforme stoornissen.

Op grond van deze literatuurbevindingen en eigen ervaringen met de toepassing van deze therapeutische interventies bij de individuele behandeling van patiënten met psychosomatische en somatoforme stoornissen, werd besloten tot een op alle zeven soorten van somatoforme stoornissen van toepassing zijnde uniforme kortdurende cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling, bestaande uit drie onderdelen: een eerste blok bestaande uit lichaamsgerichte oefeningen, relaxatietraining en ademhalingsoefeningen, een tweede blok bestaande uit de aanbieder en bespreking van cognitief-educatieve informatie en tenslotte een derde blok assertiviteitstraining. Een verdere inhoudelijke bespreking volgt in paragraaf 6.2.2.

Een belangrijke overweging bij de keuze voor een kortdurende cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerde groepsbehandeling is dat de noodzaak en wenselijkheid van de ontwikkeling van kortdurende behandelingen bij voorbaat reeds is gegeven vanwege de setting en veelheid van patiënten in een algemeen ziekenhuis.

Beginnen met lichaamsgerichte oefeningen heeft zoals hierboven geformuleerd een aantal voordelen, terwijl met betrekking tot de keuze van de overige twee blokken gesteld kan worden dat somatisering kan ontstaan via cognitieve processen als aandacht, anticiperen en etiketteren, terwijl vervolgens een gebrek aan assertieve vaardigheden op zichzelf ook weer een klachtuitlokkende en klachtbestendigende functie kan krijgen (zie onder andere: Orlemans en Ten Doesschate, 1976; Moonen en Beekers, 1984; Barsky, Geringer en Wool, 1988; van Dijk, 1977).

Therapeutische technieken als exposure en reponse preventie werden achterwege gelaten ter vermindering van een te groot aantal gelijktijdige behandelingsinterventies waardoor anders onderzoek naar de relatie tussen behandelvariabelen en effectvariabelen niet goed meer mogelijk zou zijn. Om deze reden werd aan de interactionele aspecten ook niet meer aandacht geschonken dan binnen één sessie in het tweede blok en binnen het kader van de sociale vaardigheidstraining voor zover dit functioneel was.

Op grond van bovenstaande wordt de volgende onderzoeksvraagstelling geformuleerd: voegt de groepsbehandeling een meerwaarde toe aan de regulier medische behandeling door de medisch specialist en/of huisarts? In het bijzonder wordt als eerste hypothese getoetst dat een groepsgerichte psychologische behandeling (experimentele groep) van poliklinische patiënten met somatoforme stoornissen een gunstig effect toevoegt aan de regulier medische behandeling (controlegroep) in termen van:

- vermindering van somatisering,
- vermindering van de aanmeldingsklachten,
- vermindering in bezoekfrequentie aan specialist en huisarts,
- vermindering van medicatiegebruik,
- toename van assertieve vaardigheden,
- toename van copingvaardigheden.

Vervolgens wordt ook nog een tweede hypothese geformuleerd: indien afname van somatisering en toename van assertieve vaardigheden als gevolg van de groepsbehandeling optreedt, zal dit eveneens tot afname van angst, agressie en depressiviteit leiden. Deze hypothese komt voort uit de bevinding dat deze emoties niet alleen oorzaak, doch ook gevolg kunnen zijn van somatiseren en van gebrek aan sociale vaardigheden.

## 6.2. Methode

### 6.2.1. Patiënten

Het onderzoek richtte zich op de behandeling van patiënten met lichamelijke klachten die naar het oordeel van de verwijzende specialist of huisarts moeilijk behandelbaar waren, die vaak bij meerdere specialisten onder behandeling waren geweest en die voldeden aan de DSM-III-R (1987) diagnose somatoforme stoornis.

Patiënten werden verwezen door de medisch specialist en/of huisarts uit het verzorgingsgebied van het streekziekenhuis in Oost-Nederland. Tevoren waren deze verwijzers door middel van een schrijven van de onderzoeker geïnformeerd over de mogelijkheden van groepsbehandeling voor deze patiëntenpopulatie. Dit schrijven bestond uit een informatieve brief gericht aan de huisartsen en specialisten in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, alsmede uit een door de onderzoeker gemaakte patiëntenbrochure die, indien de arts van mening was dat deze patiënt voldeed aan de diagnose somatoforme stoornis, door de arts aan de patiënt werd verstrekt. De patiënten moesten, wilden ze in aanmerking komen voor deelname aan het onderzoek, vervolgens voldoen aan de volgende (inclusie)criteria:

- aanwezigheid van een somatoforme stoornis,
- leeftijd tussen 20-65 jaar,
- tijdens de looptijd van de behandeling is geen sprake van een andere

- therapie dan de reguliere medische zorg,
- verwijzing door de medisch specialist of huisarts,
- medicatie is toegestaan voor zover deze niet interfereert met de psychologische behandeling, een en ander door de onderzoeker te bepalen in overleg met de medisch specialist of huisarts,
- de bereidheid tot deelname aan een poliklinische groepsbehandeling.

De diagnose somatoforme stoornis werd door de onderzoeker gesteld aan de hand van de diagnostische criteria van de DSM-III-R. De diagnosestelling vond plaats in het kader van de intake-gesprekken, waarin ook de overige voor het onderzoek relevante gegevens werden verzameld. In twijfelgevallen werd ter verhoging van de betrouwbaarheid overlegd met de aan het ziekenhuis verbonden psychiaters en de collega psycholoog in opleiding. Bij 40% van de patienten was de psychiater overigens zelf de verwijzer (zie bijlage 6).

Exclusiecriteria:

- De aanwezigheid van de helft of meer van de criteria genoemd bij de respectieve persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-III-R en/of een score van 7 of hoger op het Diagnostisch Interview voor Borderline Patiënten (Derksen, 1988). De reden om patienten met persoonlijkheidsstoornissen uit te sluiten voor deelname aan het onderzoek was de veronderstelling dat deze patienten eerder een langer durende en primair op hun persoonlijkheidsproblematiek afgestemde psychotherapeutische behandeling nodig hebben dan de kortdurende behandeling waarvan in ons onderzoek sprake is.
- Comorbiditeit. Indien andere as-1 of as-3 stoornissen meer primair waren dan de eventueel daarbij optredende somatoforme stoornissen werden deze patienten geëxcludeerd voor deelname aan het onderzoek. Een belangrijke overweging voor de toepassing van dit criterium was om de onderzoekspopulatie zoveel mogelijk te beperken tot "zuivere" somatoforme stoornissen teneinde de effecten van een groepsbehandeling voor deze populatie van patienten beter te kunnen beoordelen (Hoogduin, 1993). De screening op andere as-1 en as-3 stoornissen vond eveneens tijdens de intake plaats op basis van het oordeel van de onderzoeker en informatie uit de verwijsbrieven. Bij twijfelgevallen vond overleg plaats met bovengenoemde disciplines of de verwijzend medisch specialist.

De instroomperiode duurde 13 maanden, van april 1989 tot juni 1990. In totaal werden in deze periode 83 patienten verwezen waarvan er 19 niet voldeden aan de inclusiecriteria. Deze patienten werden wel uitgenodigd mee doen bij de indeling in de experimentele en controlegroepen (zie par. 6.2.3.) in verband met de wenselijkheid op korte termijn groepen te kunnen samenstellen en daardoor ongewenste lange wachttijden te voorkomen. Uiteraard blijven de scores van deze 19 patienten in dit onderzoek buiten beschouwing. Van de geïnccludeerde 64 patienten kwamen er 33 patienten in de experimentele groep en 31 patienten in de controlegroep door gerandomiseerde toewijzing via loting (zie par. 6.2.3.). Het verschil in aantal patienten komt door het feit dat na de loting bleek dat in de controlegroep er twee patienten meer waren die niet voldeden aan de inclusiecriteria en dus bij de berekening van de onderzoeksresultaten buiten beschouwing moesten blijven. Zodra er 15 tot 20 patienten waren verwezen vond de gerandomiseerde toewijzing plaats en begon voor de experimentele groep de behandeling.

Tijdens de duur van de behandeling en wachtperiode vielen 13 patienten uit, waarvan vijf patienten in de experimentele groep en acht patienten in de controle-

groep. De onderzoeksresultaten zijn dus gebaseerd op 51 patiënten waarvan 28 in de experimentele groep en 23 in de controlegroep.

De behandeling vond plaats in 4 groepen van acht of negen patiënten.

Na de gerandomiseerde toewijzing van de patiënten over de experimentele en de controlegroep was de verdeling van de somatoforme stoornissen van de 51 patiënten over de experimentele en de controlegroep als volgt: zie tabel 1.

---

**Tabel 1** *De verdeling van de somatoforme stoornissen over de experimentele en de controlegroep.*

---

**Somatoforme stoornissen**

	<u>Exp.groep</u>	<u>Contr.groep</u>
1. verst.lich. beleving	2	0
2. conversie	1	0
3. hypochondrie	6	6
4. somatisatiestoornis.	1	2
5. somatoforme pijnstoornis	10	8
6. ongedifferent. somatof.stoornis	8	7
	<hr/>	<hr/>
Totaal	28	23

---

Hieronder volgt allereerst een overzicht van de exclusie- en uitvalsoorzaken.

**Exclusieoorzaken: andere diagnoses**

**Psychische factoren die de lichamelijke gezondheid beïnvloeden (n=4):**

- migraine (n=2),
- reuma (n=1),
- duodenitis (n=1).

Bij beide migrainepatiënten was ook sprake van een depressieve stoornis en bij een van hen ook nog een medicatieverslaving.

**Depressieve stoornis (n=2):**

-depressie in engere zin (n=2): bij een patiënte ging de depressie gepaard met hevige pijnklachten, bij de tweede patiënt was ook sprake van een sensitieve betrekkingsswaan betrekking hebbende op een verstoorde lichaamsbeleving in verband met zijn angst voor zijn kaalhoofdigheid.

**Angststoornis (n=9):**

- paniekstoornis met agorafobie (n=2). Bij een van deze twee patiënten was ook sprake van middelen- en alcoholafhankelijkheid,
- agorafobie zonder anamnese van paniekstoornis (n=2) (nervuze mictie en nervuze diarree),
- enkelvoudige fobie (n=1) (slikfobie),
- posttraumatische stressstoornis (n=4): posttraumatische klachten, hypochondrische verwerkings- en aanpassingsstoornissen na hartinfarct en/of

bypass-operatie.

As-III: Lichamelijke ziekte (n=1):

- licht passagère hartsdysfunctioneren als oorzaak van lichamelijke klachten.

Persoonlijkheidstoornis (n=2):

- borderline persoonlijkheidstoornis (n=2). Bij een patiënte was ook sprake van een verstoorde lichaamsbeleving binnen het kader van een anorectische reactie en waanachtige stoornis van het subtype somatische vorm.

Aanpassingsstoornis (n=1)

- aanpassingsstoornis met gemengd emotionele kenmerken en lichamelijke klachten.

Uitvalsoorzaken tijdens de looptijd van het onderzoek in de experimentele groep (n=5):

- veranderde voorkeur voor een individuele therapie (n=1),
- ernstige ziekte in de naaste familie waardoor patiënte de therapie voor haar eigen problemen opschortte (n=1),
- spontane vermindering van de klachten waardoor patiënt afzag van de therapie (n=1),
- meer dan de helft van de groepsbijeenkomsten afwezig vanwege ziekte (n=1),
- wens om versnelde hulpverlening in verband met een nieuwe baan (n=1).

Uitvalsoorzaken tijdens de looptijd van het onderzoek in de controlegroep (n=8):

- ongeduld over de lange wachttijd (n=4),
- afzien van de behandeling uit angst dat bekend worden van een psychologische behandeling een negatieve invloed zou kunnen hebben op een nieuwe carrière bij de overheid (n=1),
- weigering om de vragenlijsten in te vullen na de eerste meting (n=1). Theatrale persoonlijkheidskenmerken traden toen ook meer op de voorgrond,
- bijgestelde diagnose (n=2). Bij een patiënte bleek achteraf stress op het werk een belangrijke uitlokkende oorzaak van haar klachten waardoor de diagnose veranderd moest worden in aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten. Bij de andere patiënte verminderde de motivatie ten gevolge van aanvankelijke klachtvermindering. Een half jaar later ontwikkelde zich bij deze vrouw een psychotische depressie. Het werd aannemelijk geacht dat de aanvankelijke somatische klachten onderdeel waren van een toen niet als zodanig onderkende gemaskeerde depressie.

De controlegroep-patiënten kregen na de follow-up periode van 4 maanden ook de groepsbehandeling. Vijf patiënten besloten in deze fase, na afsluiting van de onderzoeksfase, alsnog af te zien van de groepsbehandeling om reden van:

- aanzienlijke reductie van de klachten tijdens de wachttijd (n=1). Het betrof hier een 60-jarige man met hypochondrische angsten in verband

met zijn hart;

-verminderde motivatie ten gevolge van toegenomen angsten voor het alleen reizen met de auto (n=1);

-weerstand tegen een groepsbehandeling die zich ging manifesteren op het moment dat ze daadwerkelijk konden beginnen met de groepsbehandeling (n=2); het betrof hier een vrouw en een man die in het begin blijk hadden gegeven van ambivalenties ten aanzien van een groepsbehandeling doch aanvankelijk hiermee wel akkoord waren gegaan. De vrouw vertelde nu, na de wachttijd, ook minder last van haar klachten te hebben;

-prioriteit geven aan voortgezet somatisch onderzoek (n=1), omdat patiënt nog steeds geloofde in een nog niet ontdekte lichamelijke oorzaak voor zijn buikpijnklahten.

De gemiddelde wachttijd voorafgaande aan de indeling in de experimentele en controlegroep bedroeg 9 weken met een range van 1 week tot 16 weken.

In de onderstaande tabel 2 worden een aantal demografische data gegeven van de patiënten in de experimentele groep en de controlegroep.

**Tabel 2** *Demografische gegevens van patiënten in de experimentele en controlegroep*

	Exp.groep (N=28)		Contr.groep (N=23)		Toets	P
Variabelen	N	%	N	%		
<b>Sekse:</b>					X <sup>2</sup>	.244
1.Man	13	46,4	7	30,4		
2.Vrouw	15	53,6	16	69,6		
<b>Leeftijd(range 20-65):</b>					T	.151
M	37,18		42,39			
SD	11,06		14,5			
<b>Burgelijke staat:</b>					X <sup>2</sup>	.578 (1)
1.Gehuwd	17	60,7	17	73,9		
2.Ongehuwd	7	25,0	2	8,7		
3.Samenwonend	3	10,7	1	4,3		
4.Gescheiden	0	0,	1	4,3		
5.Weduwe/naar	1	3,6	2	8,7		
<b>Beroepsniveau:</b>					X <sup>2</sup>	.230 (2)
1. Ongeschoolde arbeid	4	14,3	6	26,1		
2. Geschoolde arbeid	12	42,9	10	43,5		
3. Lagere employées	3	10,7	3	13,0		
4. Kleine zelfstandigen	5	17,9	3	13,0		
5. Middelbare employées	3	10,7	1	4,3		
6. Hogere beroepen	1	3,6	0	0,0		

Kerkelijke gezindte:					X2	.521 (3)
1.R.K.	10	35,7	5	21,7		
2.N.H.	8	28,6	10	43,5		
3.Gereformeerd	3	10,7	0	0,0		
4.Overig	7	25,0	8	34,8		

---

Opleiding:					X2	.361 (4)
1.GLO/VGLO	4	14,3	10	43,5		
2.LBO	12	42,9	6	26,1		
3.ULO/MAVO	7	25,0	4	17,4		
4.VHMO/MBO	5	17,9	3	13,0		

---

Legenda bij tabel 2: in verband met lege cellen en te lage theoretische frequenties van sommige cellen werden bij de berekening van de chi-kwadraten een aantal cellen samengevoegd en wel als volgt:

- (1):samenvoeging categorieën 1,3 en 2,4,5.
- (2):samenvoeging categorieën 1,2,3 en 4,5,6.
- (3):samenvoeging categorieën 2,3.
- (4):samenvoeging categorieën 1,2 en 3,4.

Uit tabel 2 blijkt dat er tussen de beide groepen geen verschillen zijn op de demografische variabelen.

Zoals uit par. 6.2.5 (Meetinstrumenten) blijkt, werd gebruik gemaakt van een uitgebreide biografische vragenlijst (zie bijlage 5). Deze vragenlijst werd door de patiënt ingevuld. Met behulp hiervan werden de patiënten in beide groepen op een aantal klachtvariabelen en persoonsvariabelen als onderzoekspopulatie beschreven en, voorzover relevant, ook onderling vergeleken.

In bijlage 6 staan een aantal klachtvariabelen en enkele klachtgerelateerde en psychologische variabelen. Geconcludeerd kan worden dat de groepen met betrekking tot de klachtvariabelen, met uitzondering van de ontstaansleeftijd van de klachten (exp. groep:  $M=31.21$ ;  $Sd=10.69$ ; controlegroep:  $M=38.13$ ;  $Sd=14.51$ ;  $F=.056$ ), niet significant van elkaar verschillen.

Uit bijlage 6 blijkt dat de patiënten gemiddeld 6 klachten hadden met een klachtenduur van gemiddeld 6 jaar, waarvoor ze gemiddeld 3 specialisten, inclusief de huisarts, bezochten. Meestal waren de klachten geleidelijk begonnen en konden de patiënten een aanleiding geven voor het ontstaan van de klachten. Eenmaal aanwezig was het klachtenverloop meestal wisselend en hadden de klachten volgens de patiënt vaak ook negatieve gevolgen in de sociale interactie, hoewel door een aantal patiënten ook voordelen van de klachten werden onderkend. Driekwart van de patiënten had desondanks toch de indruk onvoldoende controle te hebben over de klachten. De somatoforme pijnstoornis, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de hypochondrie waren de meest voorkomende somatoforme stoornissen met afhankelijke en obsessief-compulsieve trekken als de meest voorkomende persoonlijkheidskenmerken. Geen enkele patiënt rapporteerde een suïcide poging. De psychiater en de huisarts waren de belangrijkste verwijzers. Met betrekking tot de intelligentie bleek een bovengemiddelde G.I.T.-intelligentie op groepsniveau.

In bijlage 7 worden een aantal persoonsvariabelen opgesomd. Er bleken geen



significante verschillen tussen de experimentele groep en de controlegroep. De informatie met betrekking tot bijlage 7 moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Opgemerkt moet namelijk worden dat de betrouwbaarheid van de uitspraken over de persoonsvariabelen discutabel is, daar deze gescoord werden door de onderzoeker aan de hand van de door de patiënt ingevulde biografische vragenlijst en vragen hieromtrent door de onderzoeker in het gestructureerde interview bij de intake/voormeting. De vragen (zie bijlage 5) zijn niet geoperationaliseerd. Er vond geen heteroanamnese plaats. Het gaat dus om zeer globale indicaties. Uit bijlage 7 blijkt dat patiënten afkomstig waren uit gezinnen van gemiddeld vier kinderen. Met name de tweede plaats in de kinderrij kwam in onze onderzoekspopulatie vaker voor (35,4 %). Bij meer dan driekwart van de patiënten was de geboorte en vroegkindelijke ontwikkeling volgens hun informatie goed verlopen. Ditzelfde geldt voor de gezinssfeer en de mate van welbevinden in het ouderlijk gezin. In één derde van de gevallen was er volgens de patiënten sprake van overbescherming. Moeder domineerde vaker dan vader. Bij een kwart van de patiënten was er gedurende enige tijd sprake van inwonende familie in hun stamgezin. De relatie met broer(s)/zus(sen) werd vaak als goed beoordeeld. In ruim een kwart van de gevallen vervulde de patiënt vroeger een bepaalde rol in het stamgezin. Ruim een kwart van de patiënten had door hen als zodanig beleefde traumatische jeugdervaringen. Ook was bij meer dan de helft sprake van ziektes en overlijden in het ouderlijk gezin. Desondanks gaf dit volgens de patiënten geen aanleiding tot extra somatiseren. In de helft van de gevallen werden de vroegere studieprestaties als matig beoordeeld. Een kwart van de patiënten werd vroeger op school geplaagd. Desondanks bleken relatief weinig gedragsproblemen op school en waren er voldoende sociale contacten. Een kwart van de patiënten beoordeelde hun puberteitsontwikkeling als matig. De seksuele openheid in het ouderlijk gezin werd in twee derde van de gevallen als gesloten beoordeeld. Met betrekking tot de actuele leef-, werk- en vrijetijdssituatie gaven de meeste patiënten aan hierover niet ontevreden te zijn. Voorzover van toepassing werden zwangerschappen en de gezondheid in de menopauze vaak als goed beoordeeld.

### 6. 2.2. Behandelingsprogramma

Zoals reeds werd genoemd in paragraaf 6.1 werd mede op basis van het literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 5) het volgende groepsprogramma opgezet.

Het groepsprogramma bestond uit 15 wekelijkse groepsbijeenkomsten van ongeveer twee uur onder leiding van de onderzoeker en een assistent klinisch psycholoog. De onderzoeker was dus tevens een van de behandelaars. In totaal werden vier groepen van respectievelijk negen, acht, acht en negen patiënten behandeld. De groepsbijeenkomsten vonden overdag plaats in het ziekenhuis op een vaste dag en tijd. De groepsbijeenkomsten verliepen voor alle vier groepen volgens een schriftelijk vastgelegd protocol met een vast stramien van huiswerkbespreking, oefeningen en discussie, en introductie van nieuw huiswerk. Door middel van dit protocol vond de bewaking plaats op de uitvoering van de groepsbehandelingen. Er traden geen in het oog lopende verschillen op tussen de groepen. De 15 groepsbijeenkomsten bestonden uit drie blokken.

Blok 1. (drie bijeenkomsten): lichaamsgerichte oefeningen, relaxatietraining en ademhalingsoefeningen.

Blok 2. (zes bijeenkomsten): cognitief-educatieve informatie.

### Blok 3. (zes bijeenkomsten): sociale vaardigheidstraining.

De eerste bijeenkomst van blok één omvatte kennismaking met elkaar en elkaars problemen, de introductie van het cursusprogramma en informatie over de rolverwachtingen. Het accent werd gelegd op het cursuskarakter met het verwerven van cognitief inzicht en het leren van vaardigheden als doelstelling. In het resterende deel van deze eerste bijeenkomst, alsmede in de bijeenkomsten twee en drie vonden lichaamsgerichte oefeningen plaats aan de hand van vooraf schriftelijk vastgelegde oefeningen. Deze oefeningen gebeurden gelijktijdig in tweetallen en drietallen, doch ook plenair. Alle drie lichaamsgerichte behandelingszittingen begonnen met warming-up oefeningen waarna via individuele oefeningen in groepsverband het accent binnen en over de drie zittingen verschoof naar oefeningen in dyades, triades en plenair met accentuering van expressieoefeningen. Elke sessie werd afgesloten met ademhalingsoefeningen en relaxatie-oefeningen volgens de methode van Schultz en Jacobson (Bernstein en Borkovec, 1977). Na afloop van de eerste bijeenkomst kregen de groepsleden een viertal brochures uitgereikt alsmede een cassettebandje met daarop de relaxatie-oefeningen volgens de methoden van Schultz en Jacobson, als huiswerk voor de volgende twee bijeenkomsten. Deze brochures hadden betrekking op de onderwerpen hyperventilatie, ontspanningsoefeningen, omgaan met spanningen en vrees voor ernstige ziekten. De doelstelling van dit blok was meerderlei. Enerzijds een snelle cohesievorming te bevorderen, anderzijds een sensibilisering te stimuleren voor "psychosomatische" relaties en een hulpmiddel aan te bieden voor het reduceren van spanningen.

In blok twee (bijeenkomsten vier tot en met negen) werden de individuele klachten van de groepsleden vanuit een cognitief-leertheoretisch referentiekader geanalyseerd en besproken in termen van antecedente, uitlokkende, faciliterende en consequente factoren. Het accent lag hierbij meer op beïnvloeding van cognities en educatie, dan op de systematische beïnvloeding van de operante aspecten middels geïndividualiseerde huiswerkopdrachten. Deze laatste bleven beperkt tot algemene adviezen. Wel werd in deze bijeenkomsten gebruik gemaakt van gedragsexperimenten als bijvoorbeeld hyperventilatieprovocatie. Als hulpmiddel bij het bespreken van de verschillende aspecten werd gebruik gemaakt van het werkboek "De Pijn de Baas" van F. de Winter (1988) waaruit de patiënten als voorbereiding op de komende bijeenkomst steeds twee hoofdstukken bestudeerden. Dit werkboek voor patiënten behelst een pijncursus voor patiënten met chronische pijnklachten.

In deze cursus wordt in tien hoofdstukken vanuit een cognitief-leertheoretisch referentiekader informatie gegeven over de verschillende pijnbestendige gedragingen. Getracht werd de inhoud van dit werkboek tijdens de bijeenkomsten ook te vertalen naar de niet-pijn problemen van de patiënten. De brochures uit blok 1 werden in dit tweede blok ook regelmatig weer besproken ter verduidelijking van de instandhoudende factoren van de actuele individuele problemen.

Blok drie (bijeenkomsten 10 tot en met 15) bestond uit een sociale vaardigheidstraining. De rationale voor de introductie van dit blok was de eigen ervaring met eerdere patiënten en bevindingen in de literatuur dat gebrekkige sociale vaardigheden uitlokkende, respectievelijk instandhoudende factoren kunnen zijn bij patiënten met functioneel lichamelijke klachten. In het eerste uur van elke groepsbijeenkomst werden algemene sociale vaardigheden geoefend aan de hand van een werkboek "sociale vaardigheidstraining". In dit werkboek worden de volgende

basale sociale vaardigheden beschreven : observeren versus interpreteren, leren luisteren, uiten van gevoelens, nee leren zeggen, weigeren, beginnen en eindigen van gesprekken, leren geven en ontvangen van waardering, leren omgaan met het geven en het krijgen van kritiek, leren opkomen voor je eigen rechten. Deze vaardigheden werden tijdens de groepsbijeenkomsten geoefend om vervolgens in de extra-therapie situatie toegepast te worden en zonodig in de volgende groepsbijeenkomst nog bij te sturen. In het tweede uur werden de meer individuele probleemsituaties uitgewerkt door middel van rollenspelen volgens de werkwijze zoals beschreven door M. Clijsen, L. de Groot en L. Hoos (1975). Deze auteurs beschrijven een gestructureerde vorm van psychotherapie die zowel elementen van inzichtgevende therapie als wel van gedragstherapie bevat. In deze therapievorm neemt het rollenspel een centrale plaats in. De werkwijze is dat een groepslid een bepaald probleem inbrengt (de protagonist) dat geschikt is voor bewerking in de groep en waarbij ook zoveel mogelijk een of meerdere andere groepsleden in bijbehorende rollen actief deelnemen. De overige groepsleden doen mee in de observatierol.

Het rollenspel doorloopt vervolgens globaal genomen 5 fasen bestaande uit:

1. probleemexploratie,
2. sharing (in hoeverre herkennen de andere groepsleden het ingebrachte probleem voor zichzelf),
3. modeling,
4. formuleren van de doelstelling en
5. de oefenfase.

De eerste bijeenkomst van dit blok werd onder andere besteed aan de inventarisatie van de individuele sociale vaardigheidstekorten en afspraken welke sociale probleemsituaties door welke groepsleden tijdens het tweede uur van de komende bijeenkomsten zouden worden geoefend. Dit alles werd steeds schriftelijk vastgelegd.

Van elk groepslid werd verwacht dat deze zijn/haar probleem thuis voorbereidde zodat hiermee tijdens de bijeenkomsten niet teveel tijd verloren zou gaan. Geconcludeerd kan worden dat, doordat er sprake was van een schriftelijk vastgelegd protocol met betrekking tot de volgorde, de inhoud en de werkwijze van het groepsbehandelingsprogramma, alle vier groepen een vergelijkbare behandeling hebben gekregen.

Blok drie werd afgesloten met de nameting.

Tussen de nameting en de follow-up (vier maanden) kregen de patiënten geen behandeling. Na de follow-up meting vond, indien gewenst, een vervolgbehandeling plaats.

### 6.2.3. Onderzoeksdesign

Het onderzoek werd uitgevoerd in een pretest-posttest-controlegroepdesign met gerandomiseerde toewijzing, via loting, van de patiënten naar de experimentele en controlegroep met herhaalde metingen.

De metingen vonden plaats voorafgaande aan de therapie (voormeting 1 bij het eerste intakegesprek en voormeting 2 net voor het begin van de groepsbehandeling), na afloop van de groepsbehandeling (nameting) en 4 maanden (follow-up) na de nameting. De metingen vonden voor beide groepen op hetzelfde moment plaats. Zie figuur 1 hieronder voor een schematisch overzicht van het onderzoeks-

design.

Aanvankelijk was het de bedoeling ook een follow-up 2 meting te doen acht maanden na de nameting. Daar het niet gewenst bleek de patiënten uit de controlegroep een jaar te (kunnen) laten wachten op hun behandeling moest de follow-up 2 meting achterwege blijven en kregen deze patiënten 4 maanden na afloop van de behandeling van de experimentele groep ook de groepsbehandeling.

De experimentele groep kreeg de boven beschreven behandeling van 15 groepsbijeenkomsten naast de reguliere medische behandeling.

De controlegroep kreeg uitsluitend de reguliere medische zorg alsmede kortdurende contacten met de onderzoeker ter ondersteuning van de wachtperiode. Deze contacten hadden primair de functie om de patiënten te ondersteunen ter overbrugging van de wachttijd. Geprobeerd werd om geen geruststelling en adviezen te geven hoewel dit niet steeds lukte. In enkele gevallen werd door de verwijzer aangedrongen op een snellere start van de behandeling.

**Figuur 1** *Schematisch overzicht van het onderzoeksdesign*

Experimentele groep	controlegroep
VOORMETING 1 VOORMETING 2	
Blok 1 Blok 2 Blok 3	REGULIERE MEDISCHE BEHANDELING
NAMETING	
FOLLOW-UP METING	

#### 6.2.4. Statistische analyses

Voormetingsverschillen tussen experimentele en controlegroep werden onderzocht met behulp van t-toetsen en chi-kwadraattoetsen.

De effecten van de groepsbehandeling werden onderzocht door vergelijkingen van 4 metingen (voormeting1, voormeting2, nameting en follow-up) met behulp van MANOVA herhaalde metingen design. De MANOVAS hebben steeds betrekking op één variabele tegelijk. De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS/PC V4.01.

De verschillen tussen voormeting 1 en voormeting 2, voormeting 2 en nameting, nameting en follow-up en tenslotte tussen voormeting 1 en follow-up worden respectievelijk gedefinieerd als verwachtingseffect, programma-effect, follow-up effect en totaal behandelingseffect. In de discussie (hoofdstuk 8) wordt hierop teruggekomen.

Bij nominaal en ordinaal geschaalde variabelen werden chi-kwadraatanalyses uitgevoerd.

Er wordt uitgegaan van een significantieniveau van  $p=.05$  (eenzijdig getoetst).

Het criterium voor succes van de groepsbehandeling werd gelegd bij een vermindering van 30% van de medische consumptie (bezoekfrequentie aan huis-

arts/specialist en medicatiegebruik). Een afname van 30% werd als aanzienlijk gedefinieerd.

## 6.2.5. Meetinstrumenten

Er vonden minimaal 2 intakegesprekken plaats. Na het eerste intakegesprek kregen alle patiënten onderstaande vragenlijsten ter invulling mee die vervolgens bij het tweede intakegesprek werden besproken. Bij deze vragenlijsten was ook een uitgebreide biografische vragenlijst (zie bijlage 5) die betrekking had op de volgende gebieden; klachten, eerdere hulpverlening, lichamelijke gezondheid, stamgezin, school, werk, seksuele ontwikkeling, huwelijk en gezin, sociale relaties en vrijetijdsbesteding.

De nameting en het follow-up gesprek waren ook gestructureerd ter evaluatie van de behandelingseffecten en groepsprocesaspecten.

### Overige meetinstrumenten:

1. Klachtenschaal. Dit is een zelf ontworpen 5-puntsschaal waarop de patiënten de 5 belangrijkste klachten kunnen scoren op de mate van hinder, van "helemaal niet" (1) tot "heel erg" (5). Gevraagd wordt naar de periode van de afgelopen week.

2. S.C.L.-90. (W.A. Arrindell, J.H.M. Ettema, 1975). Een multidimensionele psychopathologie-indicator. Schalen: agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. (In verband met de geformuleerde hypothesen beperken we ons bij de bespreking van de resultaten tot de schalen: angst, depressie, somatische klachten en hostiliteit.)

3. De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (S.I.G.). W.A. Arrindell, P.M. de Groot, J.A. Walburg, 1984. Zelfbeoordelingslijst voor het meten van sociale angst, sociale vaardigheden en vermijdingsgedragingen.

4. Zelf-Analyse Vragenlijst (Z.A.V.). H.M. van der Ploeg, P.B., 1982. Zelfbeoordelingslijst voor het meten van boosheid als toestand en dispositie.

5. Zelfbeoordelings Vragenlijst (Z.B.V.). H.M. van der Ploeg, P.B. Defares, C.D. Spielberger, 1980. Zelfbeoordelingslijst voor het meten van angst als toestand en dispositie.

6. Nederlandse Verkorte M.M.P.I. (N.V.M.). F.Luteijn, A.R. Kok, 1985. Zelfbeoordelingsvragenlijst voor het meten van de gedragsaspecten negativisme, somatisering, verlegenheid, ernstige psychopathologie en extraversie.

7. Utrechtse Coping Lijst. (U.C.L.). P.J.G. Schreurs, G. van de Willige, B. Tellegen, J.F. Brosschot, 1988. Zelfbeoordelingslijst voor het meten welke coping-gedragingen in het algemeen worden gevolgd bij confrontatie met problemen of aanpassing vereisende gebeurtenissen. De U.C.L. bestaat uit 7 subschalen; actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, depressief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten.

8. Groninger Intelligentie Test. (verkorte vorm) (G.I.T.). J.Th. Sijnders, F. Verhage, 1962. Meting intelligentieniveau.

9. Beroepsniveau. Beroepenklapper van het Instituut voor Toegepaste Sociologie. J.M. van Westerlaak, J.A. Kropman, J.W.M. Collaris, 1975. Bepaling beroepsniveau respectievelijk sociaal maatschappelijke status.

10. Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie. (Z.U.N.G.). Meting van depressie. 1965

11. Diagnostisch Interview voor Borderline Patiënten. (D.I.B.). J.G. Gunderson. Nederlandse vertaling en bewerking door J.J.L. Derksen, 1988. Vaststelling borderline persoonlijkheidsstoornis.

12. Medicatiegebruik. Scoring van het medicatiegebruik door de huisarts/specialist vanaf 1 jaar voor tot en met 4 maanden na de groepsbehandeling.

13. Bezoek aan huisarts/specialist. Scoring door deze van het bezoek aan de huisarts/specialist vanaf 1 jaar voor tot en met 4 maanden na de groepsbehandeling.

14. Externe, onafhankelijke beoordelaar. Aanvankelijk was het de bedoeling een psychiater als onafhankelijke beoordelaar in te schakelen bij de beoordeling van de patiënten op de klachten van hoger genoemde klachtenlijst. Omdat een aantal patiënten weigerde hieraan mee te werken ("ik ben niet psychiatrisch gestoord") werd deze beoordeling voor alle patiënten achterwege gelaten.

#### Afnametijdstip van de meetinstrumenten

	VM1	VM2	NM	FO
Semi-gestructureerd interview	E+C		E+C	E+C
Klachtschaal	E+C	E+C	E+C	E+C
S.C.L-90	E+C	E+C	E+C	E+C
S.I.G.	E+C		E+C	E+C
Z.A.V.	E+C	E+C	E+C	E+C
Z.B.V.	E+C	E+C	E+C	E+C
N.V.M.	E+C	E+C	E+C	E+C
U.C.L.	E+C		E+C	E+C
G.I.T.	E+C			
Beroepsniveau	E+C			
Z.U.N.G.	E+C	E+C	E+C	E+C
D.I.B.	E+C			
Medicatiegebruik	E+C		E+C	E+C
Bezoek aan ha./spec.	E+C		E+C	E+C

Betekenis van de gebruikte afkortingen:

VM1	voormeting 1	FO	follow-up meting
VM2	voormeting 2	E	experimentele groep
NM	nameting	C	controlegroep



### 7.1. Vergelijking met normgroepen

Teneinde een indruk te krijgen van de ernst van de psychopathologie en probleemgebieden van onze onderzoekspopulatie werden de normgroepen van enkele belangrijke meetinstrumenten allereerst vergeleken met onze eigen onderzoeksgroep (zie bijlage 8). Vergelijken we de voormeting 1 scores met die van de verschillende normgroepen, dan blijkt het volgende. Voor wat betreft het somatiseren scoren de patiënten op de NVM-SOM bovengemiddeld en zeer hoog volgens respectievelijk de normtabel voor psychosomatische patiënten en de normtabel algemene patiëntenpopulatie. Dit geldt voor beide sexen. Voor wat betreft de SCL-90-SOM geldt hetzelfde beeld in vergelijking met de normale populatie. In vergelijking met een poliklinische populatie psychiatrie scoort onze onderzoekspopulatie nu hoog gemiddeld (mannen) en gemiddeld (vrouwen). Met betrekking tot het psychoneuroticisme in het algemeen (SCL-90-PSNEUR) scoren de mannen in vergelijking met de normale populatie zeer hoog en de vrouwen hoog. In vergelijking met een poliklinische populatie psychiatrie scoren zowel de mannen als de vrouwen beneden gemiddeld.

Ten aanzien van de assertiviteit blijkt dat in vergelijking met de normgroepen subassertieve vrouwen, fobici en poliklinische psychiatrische patiënten beide sexen uit onze onderzoeksgroep op de schaal Totaal Spanning beduidend assertiever scoren. In vergelijking met de normale populatie is er op deze schaal sprake van minder dan 1 standaard deviatie verschil. Met betrekking tot de schaal Totaal Frequentie liggen de scores op het niveau van hoger genoemde patiëntenpopulaties en is er sprake van sociaal vermijdingsgedrag. Ten aanzien van de copingvaardigheden geldt voor onze onderzoekspopulatie dat ze met betrekking tot het actief aanpakken van problemen laag (vrouwen) tot laag gemiddeld (mannen) scoren. Op de schalen palliatieve reactie, vermijden en sociale steun zoeken scoren beide sexen hoog gemiddeld. Dit zelfde geldt voor het copinggedrag depressief reactiepatroon bij de mannen, terwijl bij de vrouwen sprake is van een hoge score op depressief reactiepatroon. Met betrekking tot de schalen expressie van emoties en geruststellende gevoelens scoren beide sexen laag gemiddeld tot midden gemiddeld. Over de variabelen bezoeksfrequentie aan huisarts en specialist en medicatie-inname kunnen bij gebrek aan vergelijkingsgegevens geen uitspraken worden gedaan. Ten aanzien van de variabelen angst, depressie en agressie, zoals gemeten met de betreffende schalen van de SCL-90, scoren beide sexen in onze onderzoekspopulatie op alle drie variabelen hoog in vergelijking met de normale populatie en beneden gemiddeld in vergelijking met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten.

Samenvattend: in onze onderzoeksgroep is sprake van gemiddeld tot zeer hoog somatiseren, afhankelijk van de normgroep. Ditzelfde patroon geldt voor psychoneuroticisme in het algemeen met de kanttekening dat in vergelijking met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten de scores voor beide sexen beneden gemiddeld zijn. Ten aanzien van de assertiviteit blijkt een redelijke mate van assertiviteit met betrekking tot het ervaren van interpersoonlijke spanningen, terwijl er wel sprake is van sociaal vermijdingsgedrag. Met betrekking tot het copinggedrag is er sprake van een verlaagd respectievelijk laag niveau van actief aanpakken van problemen, hoog gemiddelde scores ten aanzien van palliatief



gedrag, vermijden en sociale steun zoeken, een hoog depressief reactiepatroon bij met name de vrouwen en laag gemiddelde tot midden gemiddelde scores op expressie van emoties en geruststellende gevoelens. Vanwege het ontbreken van vergelijkingsgegevens kunnen geen uitspraken gedaan worden over de variabelen bezoekfrequentie aan huisarts en specialist en het medicatiegebruik. Ten aanzien van de variabelen angst, depressie en agressie scoort onze onderzoekspopulatie hoog in vergelijking met de normale populatie en beneden gemiddeld in vergelijking met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten.

## 7.2. Algemene behandelingseffecten

### 7.2.1. Hypothese 1

In hoofdstuk 6 werden twee hypothesen geformuleerd. De eerste hypothese was dat een groepsgerichte psychologische behandeling (experimentele groep) van poliklinische patiënten met somatoforme stoornissen een gunstig effect toevoegt aan de regulier medische behandeling (controlegroep) in termen van:

- vermindering van somatiseren,
- vermindering van de aanmeldingsklachten,
- vermindering in bezoekfrequentie aan specialist/huisarts van minstens 30%,
- vermindering van medicatiegebruik van minstens 30%,
- toename van assertieve vaardigheden,
- toename van copingvaardigheden.

Om deze hypothese te toetsen werden hiervoor de volgende meetinstrumenten gebruikt (zie ook par. 6.2.5.): Somatisering werd gemeten met de schalen somatiseren van de N.V.M. en de S.C.L.-90. De aanmeldingsklachten werden gemeten met de klachtenschaal. Het algehele klachtenniveau met de schaal Psychoneuroticisme Totaal van de S.C.L.-90. De bezoekfrequentie aan specialist en huisarts alsmede het medicatiegebruik werd gemeten met behulp van de hierboven genoemde als zodanig omschreven scoringslijsten. De assertieve vaardigheden werden gemeten met behulp van de S.I.G., in bijzonder de schalen Totaal Spanning en Totaal Frequentie. De variabele copingvaardigheden tenslotte werden gemeten met de 7 schalen van de U.C.L.

Allereerst werd gekeken of er significante verschillen waren bij de voormeting 1 tussen de experimentele groep en de controlegroep op deze hypothese gerelateerde afhankelijke variabelen. Uit een analyse met behulp van t-toetsen voor onafhankelijke groepen bleek dit niet het geval te zijn. De randomisering is op deze variabelen dus goed gelukt.

Bijlage 9 bevat de MANOVA analyses (herhaalde metingen design) over vier tijdstippen op de variabelen van de eerste hypothese waarbij per variabele getoetst wordt of de 2 groepen op deze variabelen verschillen. Uit bijlage 9 blijkt een significant behandelingseffect (groep\*tijd interacties) op de afhankelijke variabelen somatiseren (SCL-90-SOM :  $p=.01$  ;NVM-SOM :  $p<.001$ ), psychoneuroticisme (psychoneuroticisme totaal SCL-90 :  $p=.05$ ) en copingvaardigheid actief aanpakken van problemen ( $p=.05$ ). Ook blijkt een significant behandelingseffect op de medische consumptie: bij de experimentele groep zijn in vergelijking met de controlegroep meer patiënten met een ( bijna) klinisch relevante afname van 30%

medicatiegebruik ( $p=.08$ ) en bezoek aan huisarts/specialist ( $p=.03$ ). Bovendien is er sprake van een significant behandelingseffect op de variabele klachtenschaal ( $p=.05$ ). Op de assertiviteitsschalen en overige copingschalen blijken geen significante effecten.

Uit bijlage 9 blijkt dat op het merendeel van de afhankelijke variabelen significante tijdseffecten optreden. Met uitzondering van de variabelen SIG Totaal Spanning en de meeste copinggedragingen, te weten actief aanpakken van problemen, palliatieve reacties, vermijden, sociale steun zoeken, expressie van emoties en geruststellende gevoelens. Op deze variabelen is dus sprake van een verbetering in de tijd, onafhankelijk van de behandeling.

Nadere analyse van bovenstaande significante (en bijna significante) behandelingseffecten (groep\*tijd interacties) in termen van de verschillende effecten in de tijd levert de volgende resultaten op (zie tabel 3).

**Tabel 3 Veranderingseffecten (groep\*tijd interacties) tussen de verschillende meetmomenten op de variabelen met (bijna) significante behandelingseffecten van hypothese 1. De gemiddelde scores staan ook in bijlage 9.**

<u>SCL-90-SOM</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM1-VM2	2.18174	1,42	.074	VM1	28.15	27.59
VM2-NM	1.85385	1,42	.091	VM2	25.59	28.18
NM-FO	.13491	1,42	.357	NM	21.52	27.00
VM1-FO	9.79088	1,42	.002	FO	20.41	26.47
<u>NVM-SOM</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM1-VM2	1.83212	1,43	.092	VM1	20.68	21.47
VM2-NM	18.70299	1,43	.000	VM2	20.96	19.41
NM-FO	.43660	1,43	.256	NM	16.75	22.77
VM1-FO	3.93318	1,43	.027	FO	15.89	20.71
<u>PS.NEUR</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM1-VM2	3.89164	1,42	.02.	VM1	184.15	182.77
VM2-NM	.49919	1,42	.244	VM2	164.48	181.82
NM-FO	.00756	1,42	.466	NM	145.04	169.59
VM1-FO	5.41285	1,42	.013	FO	148.74	173.18
<u>Bezoekfrequentie aan huisarts/spec.</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM2-NM	7.64691	1,46	.004	VM2	3.59	3.81
NM-FO	.23229	1,46	.316	NM	2.11	3.71
VM2-FO	2.23576	1,46	.071	FO	1.78	3.10
<u>Coping:actief aanpakken van problemen</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM1-NM	.72116	1,47	.200	VM1	15.71	15.29
NM-FO	2.83826	1,47	.050	NM	16.54	15.48
VM1-FO	4.66641	1,47	.018	FO	17.00	14.71
<u>Klachtenschaal</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM1-VM2	19.78846	1,40	.082	VM1	17.42	16.81
VM2-NM	23.73718	1,40	.083	VM2	15.39	16.19
NM-FO	.66758	1,40	.381	NM	12.46	14.81
VM1-FO	6.25090	1,40	.009	FO	12.07	14.69
<u>Medicatiegebruik</u>					Gemiddelde score	
	F	DF	Sign. v.F.		Exp.	Contr.
VM2-NM	2.24768	1,45	.037	VM2	1.89	2.25
NM-FO	.31503	1,45	.289	NM	1.11	2.30
VM2-FO	1.09918	1,45	.150	FO	1.19	2.15

Vergelijken we de significante en bijna significante verschillenanalyses met de bijbehorende groep\*tijd interacties en groepsgemiddelden (zie ook bijlage 9), dan kunnen we concluderen dat op de SCL-90-SOM ( $p=.07$ ), PSNEUR van de SCL-90 ( $p<.05$ ) en de klachtenschaal ( $p=.08$ ) sprake is van (bijna) significante verschillen tussen de voormeting 1 en voormeting 2 (verwachtingseffect) ten voordele van de experimentele groep, terwijl dit voor de NVM-SOM ( $p=.09$ ) het geval is voor de controlegroep. Vervolgens vinden (bijna) significante veranderingen plaats tussen VM2 en NM ten voordele van de experimentele groep (programma-effect) op de variabelen SCL-90-SOM ( $p=.09$ ), NVM-SOM ( $p<.001$ ), bezoekfrequentie aan huisarts en specialist ( $p<.01$ ), klachtenschaal ( $p=.08$ ) en medicatie-inname ( $p<.05$ ).

De enige significante verandering tussen de nameting en de follow-up (follow-up effect) blijkt op te treden bij de copingvariabele actief aanpakken van problemen ( $p=.05$ ) ten voordele van de experimentele groep. Vier maanden na afloop van de behandeling blijken in vergelijking met de voormeting 1 (bijna) significante (totale) behandelingseffecten op de variabelen SCL-90-SOM ( $p<.01$ ), NVM-SOM ( $p<.05$ ), PSNEUR ( $p=.01$ ), bezoekfrequentie aan huisarts en/of specialist ( $p=.07$ ), actief aanpakken van problemen ( $p<.05$ ) en de klachtenschaal ( $p<.01$ ).

De significante groepsbehandelingseffecten kunnen ook nog vanuit een ander perspectief bekeken worden en wel door op deze variabelen in een  $2 \times 2$  kruistabel, zoals hierboven reeds plaats vond bij de variabelen medicatiegebruik en bezoek aan huisarts en specialist, te kijken hoeveel patiënten uit de beide groepen minimaal een schaa score verbeteren, bijvoorbeeld op de schaal SCL-90-SOM van hoog naar bovengemiddeld gaan als gevolg van de behandeling.

In bijlage 10 treft men de respectieve kruistabellen en bijbehorende chikwadraten aan. Op alle variabelen, met uitzondering van het copinggedrag actief aanpakken van problemen, is sprake van significante veranderingen in schaa scores ten voordele van de experimentele groep. Bij de copingvariabele actief aanpakken van problemen is, ondanks het significante interactie-effect ( $p=.05$ ; zie bijlage 9), bij de  $2 \times 2$  kruistabel (zie bijlage 10) geen sprake van een significant chi-kwadraat-effect omdat het schaa scoreverschil van de normgroep van de UCL tussen de kwalificaties "gemiddeld" en "hoog" (gemiddeld 4 punten) groter is dan de in onze onderzoekspopulatie gebleken verschillen.

## 7.2.2. Hypothese 2

De tweede hypothese luidde dat, indien afname van somatisering en toename van assertieve vaardigheden zou optreden als gevolg van de behandeling, dit vervolgens zou kunnen leiden tot afname van angst, agressie en depressie. Dit werd verwacht vanuit de opvatting dat emoties als angst, agressie en depressie ook

---

<sup>1</sup> Voetnoot tabel 3, pag. 76: Bij deze analyse wordt gekeken waar in de tijd significante veranderingen optreden. Vergeleken worden hier zowel de verschillen tussen de opeenvolgende meetmomenten, als wel de verschillen tussen de voormeting 1 en de follow-up, eveneens met behulp van MANOVA herhaalde metingen design. Analyse vindt plaats van de verschillen tussen de meetmomenten VM1-VM2 (verwachtingseffect), VM2-NM (programma-effect), NM-FO (follow-up effect) en VM1-FO (totale behandelingseffect=verwachtingseffect+programma-effect+follow-up effect) bij de variabelen van hypothese 1. Bij de variabelen bezoekfrequentie aan huisarts/specialist en het medicatiegebruik blijft de vergelijking beperkt tot de VM2, NM en FO in verband met de voorwaarde van tijdsequivalentie (4 maanden)

gevolgen kunnen zijn van somatiseren en van gebrek aan sociale vaardigheden. Hoewel toename van assertieve vaardigheden als gevolg van het behandelingsprogramma niet kon worden aangetoond bleek afname van somatiseren wel te hebben plaatsgevonden. Om deze reden werd gekeken naar behandelingseffecten op de variabelen angst, agressie en depressie.

De variabele angst werd gemeten door middel van de schaal angst van de S.L.C.-90, de toestandsangst van de ZBV-DY-I en de angstdispositie van de ZBV-DY-2. De variabele agressie door middel van de schaal agressie van de S.C.L.-90, de toestandsboosheid van de ZAV-SPI-DA en de boosheidsdispositie van de ZAV-TPI-DA. De variabele depressie werd gemeten door middel van de ZUNG en de schaal depressie van de S.C.L.-90.

De resultaten zijn samengevat in bijlage 11. Toetsing van de verschillen tussen de experimentele en de controlegroep vindt, evenals hierboven, plaats met MANOVA analyses (herhaalde metingen design).

Uit de resultaten blijkt dat er sprake is van (bijna) significante behandelingseffecten (groep\*tijd interacties) op de variabelen depressie (SCL-90 Depressie:  $p < .05$ ; Zung:  $p = .06$ ) en toestandboosheid (ZAV-SPI-DA:  $p = .08$ ). Bij de overige variabelen werden geen significante interacties gevonden.

Evenals bleek bij de variabelen van hypothese 1 is bij de afhankelijke variabelen angst, agressie en depressie sprake van een significante verbetering in de tijd onafhankelijk van de behandeling, met uitzondering van de toestandsboosheid.

Nadere analyses van de drie (bijna) significante behandelingseffecten tussen de verschillende meetmomenten zijn weergegeven in tabel 4.

**Tabel 4. Veranderingseffecten (groep\*tijd interacties) tussen de verschillende meetmomenten op de variabelen met (bijna) significante behandelingseffecten van hypothese 2. De gemiddelde scores staan ook in bijlage 11.**

<b>Toestandsboosheid (ZAV SPI-DA)</b>				<b>Gemiddelde score</b>	
	<b>F</b>	<b>DF</b>	<b>Sign. v.F.</b>	<b>Exp.</b>	<b>Contr.</b>
VM1-VM2	.31222	1,42	.290	VM1	13.21 11.81
VM2-NM	4.52330	1,42	.020	VM2	12.46 11.86
NM-FO	3.75944	1,42	.030	NM	11.11 13.31
VM1-FO	.70425	1,42	.203	FO	12.03 11.94

---

<b>Depressie (SCL-90-DEP)</b>				<b>Gemiddelde score</b>	
	<b>F</b>	<b>DF</b>	<b>Sign. v.F.</b>	<b>Exp.</b>	<b>Contr.</b>
VM1-VM2	5.85804	1,42	.010	VM1	35.19 32.41
VM2-NM	.55133	1,42	.231	VM2	30.19 33.24
NM-FO	2.62801	1,42	.062	NM	26.19 31.12
VM1-FO	2.20770	1,42	.073	FO	27.30 29.53

---

<b>Depressie (Zung)</b>				<b>Gemiddelde score</b>	
	<b>F</b>	<b>DF</b>	<b>Sign. v.F.</b>	<b>Exp.</b>	<b>Contr.</b>
VM1-VM2	.29807	1,42	.294	VM1	49.54 50.88
VM2-NM	1.29963	1,42	.131	VM2	45.00 47.94
NM-FO	5.54141	1,42	.012	NM	42.50 47.77
VM1-FO	.09193	1,42	.382	FO	44.04 44.29

Uit deze verschillenanalyses gezien in relatie tot de gemiddelde scores blijkt een verwachtingseffect alleen op te treden op de variabele depressie van de SCL-90. Een significant programma-effect treedt alleen (tijdelijk) op bij de variabele toestandsboosheid. Op alle drie variabelen is sprake van een (bijna) significante verandering tussen de nameting en de follow-up ten nadele van de experimentele groep ten gevolge van een toename van de klachten bij de experimentele groep in combinatie met een afname van deze klachten bij de controlegroep. Deze tendens is overigens ook bij de overige variabelen betreffende angst en agressie aanwezig (zie bijlage 11).

Overigens blijven de patiënten uit de experimentele groep ook direct na de behandeling relatief depressief scoren, althans gerelateerd aan de normen van de normale populatie. Een score van 26,19 voor de experimentele groep bij de nameting (zie bijlage 8) is volgens de SCL-90 normen voor de normale populatie bovengemiddeld (vrouwen) tot hoog (mannen). Vergeleken met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten zijn deze scores echter respectievelijk zeer laag en laag. Bij vergelijking van de VM1 met de follow-up (totale behandelingseffect) blijkt alleen op de variabele depressie van de SCL-90 een (bijna) significant totaal behandelingseffect ( $p=.07$ ).

Verdeling van de (SCL-90) depressie scores- de enige variabele waarop sprake is van een significant groep\*tijd interactie-effect- van beide groepen in een 2\*2-kruistabel volgens het criterium van minimaal een verbetering van één schaalscore, levert het volgende resultaat op (zie bijlage 12). Uit deze twee tabellen blijkt opnieuw de klachtenvermindering van de controlegroep bij de follow-up meting.

### 7.3 Differentiële behandelingseffecten

Binnen de categorie van de somatoforme stoornissen worden door de DSM-III-R-1987 zeven vormen onderscheiden, te weten de verstoorde lichaamsbeleving, de conversie, de hypochondrie, de somatisatiestoornis, de somatoforme pijnstoornis, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis en de niet anders omschreven somatoforme stoornis. In tabel 5 is weergegeven hoe de zeven vormen in onze studie waren verdeeld.

<sup>2</sup> Voetnoot tabel 4, pag. 78: *Vergeleken worden hier zowel de verschillen tussen de opeenvolgende meetmomenten, als wel de verschillen tussen de voormeting 1 en de follow-up, eveneens met behulp van MANOVA herhaalde metingen design. Analyse vindt plaats van de verschillen tussen de meetmomenten VM1-VM2 (verwachtingseffect), VM2-NM (programma-effect), NM-FO (follow-up effect) en VM1-FO (totale behandelingseffect=verwachtingseffect+programma-effect+follow-up effect) op de variabelen agressie (ZAV-SPI-DA) en depressie (SCL-90-DEP en ZUNG).*

**Tabel 5** *Verdeling van de diagnosegroepen over de experimentele groep en de controlegroep*

	diagnosegroep	exp. groep	controle groep	Totaal
verst. lich. bel.	1	2		2
conversie	2	1		1
hypochondrie	3	6	6	12
somatisatiest.	4	1	2	3
somatoforme pijn	5	10	8	18
ongedif. somatof. st.	6	8	7	15
Totaal		28	23	51

Opmerking: de ene patiënt (uit de experimentele groep) die bij de intake voldeed aan de diagnose niet anders omschreven somatoforme stoornis (zie par. 2.8.) is in bovenstaande tabel gerangschikt onder de diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis.

Nagegaan werd of de verschillende diagnosegroepen zich qua behandelingseffect van elkaar onderscheiden.

De groepen verstoorde lichaamsbeleving, conversie en somatisatiestoornis werden vanwege het kleine aantal patiënten niet in de analyse betrokken.

De vergelijking had dus betrekking op de diagnosegroepen hypochondrie, somatoforme pijnstoornis en de ongedifferentieerde somatoforme stoornis. De resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met het kleine aantal patiënten in de verschillende groepen.

De vergelijking vond eveneens plaats met behulp van MANOVA (herhaalde metingen design). Slechts op de variabelen boosheidsdispositie (ZAV-TPI-DA:  $p < .05$ ) en somatiseren (NVM-SOM:  $p = .08$ ) bleek sprake van (bijna) significante diagnose\*groep\*tijd interacties (zie bijlage 13). Bij bestudering van de gemiddelde waarden van de variabelen bij de drie diagnosegroepen op de verschillende meetmomenten kan geconcludeerd worden dat op de variabelen boosheidsdispositie en somatisering de afname van de scores vooral plaatsvindt bij de groepen hypochondrie en ongedifferentieerde somatoforme stoornis, in het bijzonder bij de nameting (dus onmiddellijk na de behandeling).

In verband met de sterk ongelijke verhouding tussen mannen en vrouwen in de experimentele en controlegroep bleek een uitsplitsen van eventuele differentiële behandelingseffecten naar sexe niet zinvol. Zoals in tabel 2 bleek zaten in de controlegroep zeven mannen en 16 vrouwen terwijl deze aantallen in de experimentele groep respectievelijk 13 en 15 waren.

Door het ontbreken van tussenmetingen na de onderscheidene blokken van het behandelingsprogramma is een stepdownanalyse een manier om meer inzicht te krijgen in de aangrijpingspunten van het behandelingsprogramma.

#### 7.4. Stepdownanalyse

Stepdownanalyse is een vorm van covariantieanalyse waarin op basis van een vooraf geformuleerde hypothese omtrent de hiërarchische samenhang van variabelen deze hypothese wordt getoetst door achtereenvolgens één voor één de variabelen uit deze hypothese uit te partialiseren. Op deze wijze ontstaat inzicht in de relatieve bijdragen van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabelen. In de eerste stepdown analyse is bij de eerste variabele deze waarde gelijk aan de multivariate F-ratio van de betreffende variabele. Bij de tweede variabele wordt deze variabele getoetst waarbij de eerste variabele via covariantie wordt uitgepartialiseerd, enz.

In de inleiding werden als hypothesen geformuleerd dat somatisering en gebrek aan sociale vaardigheden een klachtuitlokkende en -bestendigende functie kunnen hebben, alsmede dat angst, agressie en depressie gevolgen kunnen zijn van somatisering en gebrek aan sociale vaardigheden. In deze hypothesen neemt de somatisering dus een belangrijke causale plaats in.

In de hieronder volgende stepdownanalyse wordt daarom getoetst in hoeverre de significanties gehandhaafd blijven, respectievelijk verdwijnen, uitgaande van somatisering als belangrijkste oorzakelijke factor, de variabelen angst, agressie en depressie als tussenliggende factoren en de aangemelde klachten respectievelijk psychoneuroticisme totaal van de SCL-90 als uiteindelijke criteriumfactoren. Slechts die variabelen worden meegenomen in de analyse die een (bijna) significant effect hebben ( $p < .25$ ). De toegepaste stepdownanalyse is wederom een MANOVA (herhaalde metingen design), op de 4 meetmomenten (VM1, VM2, NM en de FO) steeds over één variabele met een vergelijking tussen de experimentele en controlegroep. De stepdownanalyse wordt toegepast op de significante effecten van de variabelen NVM-SOM, PSNEUR, SCL-90-DEP, aangevuld met de bijna significante variabelen toestandangst (ZBV-DY-1) en toestandboosheid (ZAV-SPI-DA) om een indruk te krijgen van verschuivingen in significantieniveaus en daarmee dus van eventuele samenhangen tussen deze variabelen.

Omdat van de significante variabele actief aanpakken van problemen (UCL-A) geen VM2 meting werd gedaan kon deze variabele in onderstaande analyse over de 4 meetmomenten niet worden meegenomen. De NVM-SOM werd verkozen boven de SCL-90-SOM vanwege het hogere significantieniveau van de eerste. In tabel 6 volgen de resultaten van de stepdownanalyse.



**Tabel 6** *Multivariate resultaten en stepdown resultaten op 4 tijdstippen (VM1, VM2, NM en FO) voor de variabelen somatiseren, depressie, angst, boosheid en psychoneuroticisme, gevolgd door twee alternatieve stepdownanalyses voor de variabelen depressie, psychoneuroticisme en somatiseren. De resultaten hebben betrekking op de groep\*tijd interacties.*

	multivariate resultaten			Stepdown resultaten.		
	Geschatte F.	DF	P.	Geschatte F.	DF	P.
NVM-SOM	6.44403	3,41	.001	6.44403	3,41	.001
SCL-90-DEP	3.22123	3,40	.033	1.76519	3,37	.171
ZBV-DY-1	1.52130	3,40	.224	.47075	3,33	.705
ZAV-SPI-DA	1.79706	3,40	.163	.64874	3,30	.590
PSNEUR	2.19740	3,40	.103	1.62055	3,27	.208

	multivariate resultaten			Stepdown resultaten.		
	Geschatte F.	DF	P.	Geschatte F.	DF	P.
SCL-90-DEP	3.22123	3,40	.033	3.22123	3,40	.033
PSNEUR	2.19740	3,40	.103	1.61988	3,37	.201
NVM-SOM	6.44403	3,41	.001	4.29501	3,34	.011

	multivariate resultaten			Stepdown resultaten.		
	Geschatte F.	DF	P.	Geschatte F.	DF	P.
PSNEUR	2.19740	3,40	.103	2.19740	3,40	.103
SCL-90-DEP	3.22123	3,40	.033	2.53971	3,37	.071
NVM-SOM	6.44403	3,41	.001	4.29501	3,34	.011

Uit de vergelijking van de multivariate resultaten met de stepdown resultaten wordt duidelijk dat de variabelen depressie, angst, agressie en psychoneuroticisme onderling samenhangen en met name met de somatisering. Anders gezegd, somatisering verklaart een belangrijk deel van de gevonden significantieniveaus op de overige variabelen. Dit wordt nog duidelijker aangetoond indien we enkele alternatieve stepdowns doen met de (bijna) significante variabelen ( $p < .10$ ) in een andere volgorde. Uit de laatste twee alternatieve stepdownanalyses in combinatie met de eerste stepdownanalyse wordt duidelijk dat de variabelen depressie en neuroticisme elkaar in geringe mate beïnvloeden, deze variabelen samen ook een geringe invloed hebben op de variabele somatisering, maar dat omgekeerd de invloed van somatisering op depressie en neuroticisme aanzienlijk sterker is.

Een stepdownanalyse aangevuld met de copingvariabele actief aanpakken van problemen (UCL-A), waarop een significant behandelingseffect was gebleken, op de meetmomenten VM1, NM en FO leverde vergelijkbare resultaten op als in

tabel 5. Bij uitpartialiseren van somatisering bleek het significante effect van de UCL-A ( $p=.05$ ) te veranderen in een niet-significant stepdown effect van  $p=.52$ . Anders gezegd, ook voor de variabele UCL-A geldt dat deze sterk wordt beïnvloed door de somatisering. Dit laatste resultaat is ten dele ook wel te begrijpen in het licht van het feit dat de variabele UCL-A de enige variabele was waarbij een significant effect optrad tussen de NM en de FO meting, dus nadat reeds een gunstig behandelingseffect bij de nameting was gebleken met betrekking tot de somatisering.

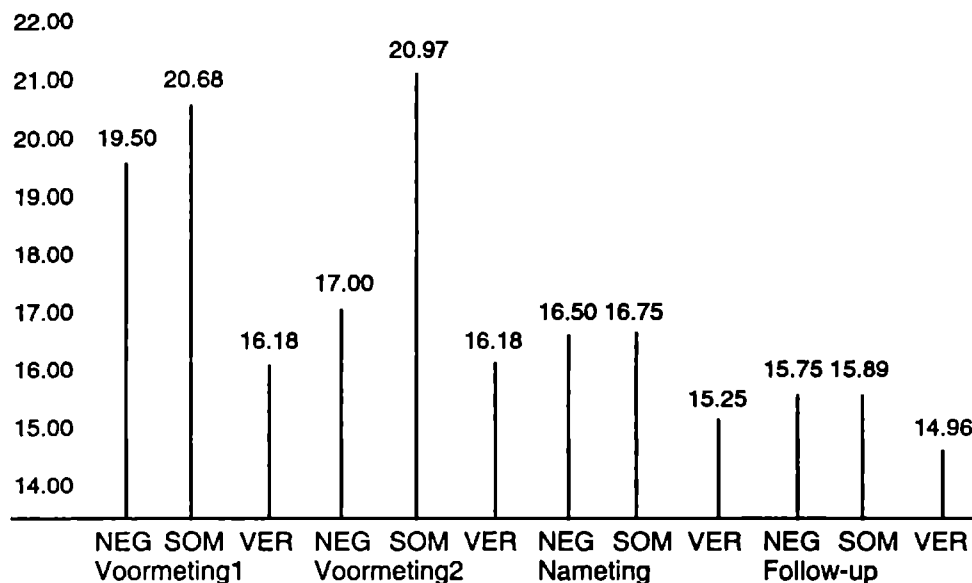
Als we deze resultaten relateren aan de eerdere MANOVA-analyses kan geconcludeerd worden dat de behandeling leidt tot vermindering van depressieve klachten, psychoneuroticisme en somatisering en tot een toename van het actief aanpakken van problemen en dat de effecten van verminderd psychoneuroticisme, verminderde depressieve klachten en het toegenomen actief aanpakken van problemen vooral veroorzaakt worden door de afname van de somatisering.

Deze afname van de somatisering ten gevolge van de groepsbehandeling kan ook nog op een andere manier worden weergegeven en wel door middel van het NVM-somatiseringsprofiel.

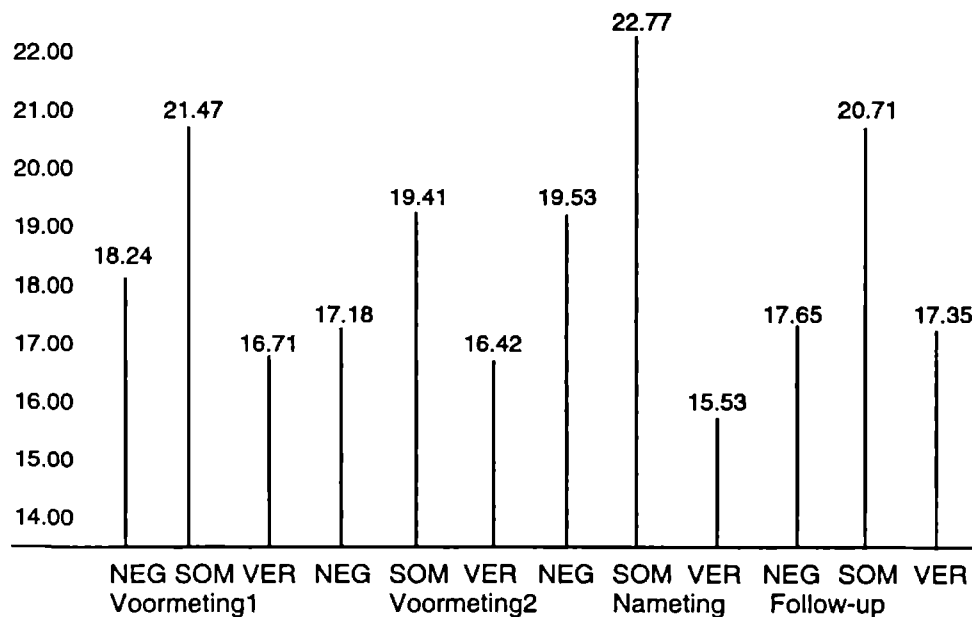
Het somatiseringsprofiel op de NVM wordt gekenmerkt door hoge scores op de schaal SOM en relatief lagere scores op de schalen negativisme (NEG) en verleghenheid (VERL). De schalen NEG en VERL meten de lijdensdruk respectievelijk de neiging om met andere mensen rekening te houden, tot uitdrukking komend in sociale angsten en sociaal vermijdingsgedrag. Indien er sprake is van afweer van deze emoties door middel van verdringing en externalisering ontstaat een grotere kans op somatisering van de psychische problematiek. Hieronder wordt in figuur 2 in histogrammen het effect van de behandeling weergegeven in het somatiseringsprofiel.

**Figuur 2. Het NVM-somatiseringsprofiel bij voormeting 1, voormeting 2, de naming en de follow-up voor respectievelijk de experimentele groep en de controle-groep**

**Experimentele groep**



**Controlegroep**



De vergelijking van het histogram van de experimentele groep met die van de controlegroep spreekt voor zich. Ten gevolge van de behandeling verdwijnt bij de experimentele groep het typische NVM-somatiseringsprofiel, terwijl dit profiel bij de controlegroep nagenoeg onveranderd aanwezig blijft.

#### 7.5. Satisfactie met de behandeling, problematisering van de klachten en continuering van hulpzoeken na de behandeling

Bij de nameting en de follow-up werd in het gestructureerde interview ook getracht de satisfactie met de behandeling, de problematisering van de klachten en de hulpvraag te evalueren. De variabelen werden gemeten met behulp van een driepuntsschaal (Satisfactie met de behandeling: tevreden-neutraal-ontevreden; Problematisering van de klachten: verminderd-onveranderd-vermeerderd; Continuering van hulpzoeken: nee-weet het nog niet-ja). De waardering werd gescoord door de onderzoeker samen met de assistent klinisch psycholoog in opleiding die tevens ook de behandelaars waren. Deze scores zijn dus sterk mede bepaald door de sociale wenselijkheid en moeten daarom met de nodige reserve geïnterpreteerd worden. De variabele mate van tevredenheid met de behandeling heeft betrekking op de groepsbehandeling en werd daarom alleen gescoord bij de experimentele groep.

De resultaten worden samengevat in bijlage 14.

Uit bijlage 14 blijkt dat ruim de helft van de patiënten uit de experimentele groep bij de nameting en de follow-up tevreden is over de behandelingsresultaten, een vijfde deel ontevreden is en een kwart van de patiënten geen duidelijke mening heeft. Indien we de patiënten buiten beschouwing laten die "neutraal" antwoorden is 71% tevreden en 29% ontevreden met de behandelingsresultaten. Bij de variabelen problematisering van de klachten en continuering van de hulpvraag is zowel bij de nameting als wel bij de follow-up sprake van significante verschillen ten voordele van de experimentele groep. Van de negen patiënten uit de experimentele groep die bij de follow-up de behoefte uitten de hulpverlening te continueren, konden er nadien acht geholpen worden met een beperkt aantal individuele vervolcontacten. Een patiënte die na de follow-up op de wachtlijst stond voor een door ons geleide assertiviteitstraining, ging uit onvrede over de lange wachttijd naar een assertiviteitsgroep elders in het hulpverleningscircuit. Tenslotte kan nog vermeld worden dat een patiënt uit de experimentele groep tussen de nameting en de follow-up kortdurend psychotisch werd. Het betrof hier een qua intellect zwakbegaafde man met een reeds jarenlang bestaande somatoforme pijnstoornis met wisselend ernstige hypochondrische verwerking hiervan. De kortdurende psychose was een waanstoornis van het subtype achtervolgingswaan. De patiënt reageerde goed op een neurolepticum.

Zoals reeds werd vermeld in par. 6.2.1. kregen de patiënten uit de controlegroep na de follow-up de groepsbehandeling aangeboden.

#### 7.6. Relatie tussen somatiseren, behandelingseffect, demografische variabelen, persoonsvariabelen en klachtvariabelen

Nagegaan werd of er correlaties waren tussen demografische variabelen, persoons en klachtvariabelen zowel tussen deze variabelen onderling als wel anderszijds met somatiseren. Ditzelfde werd ook gedaan voor een beperkt aantal demografische variabelen, persoons en klachtvariabelen enerzijds en behandelingsef-

fect anderzijds.

Somatiseren werd gemeten met de VM1 van de NVM-SOM. Het behandelingseffect werd gemeten door de verschillscore tussen VM1 en de NM op de NVM-SOM, die minimaal een schaalscore moest zijn verminderd. De keuze voor de NVM-SOM als parameter voor somatiseren en het behandelingseffect werd bepaald door het gegeven dat deze variabele de belangrijkste indicator was voor somatiseren en dat somatiseren de belangrijkste effectvariabele was.

Correlaties moeten zeer voorzichtig worden geïnterpreteerd vanwege de reeds genoemde discutabele betrouwbaarheid van de biografische variabelen, alsmede vanwege het feit dat bij de kruistabellen (meestal chikwadraat toetsen vanwege de nominale of ordinale schaling van de persoonsvariabelen) toch regelmatig niet voldaan kon worden aan de eis van de minimale theoretische frequentie van alle cellen.

Met betrekking tot de resultaten bleken geen significante relaties op te treden tussen somatiseren en variabelen betreffende de (vroeg)kinderlijke ontwikkeling, (omgang) met ziektes, opvoeding, opvoedingsstijlen en gezinssfeer. Wel was er een significante relatie met problemen in de puberteit ( $\chi^2$ -kwadraat= 5,02;  $df=1$ ;  $p<.05$ ;  $N=50$ ). De relatie tussen puberteitsproblemen en somatiseren was positief, dat wil zeggen hogere somatisering bij puberteitsproblemen. Met betrekking tot de overige vroegere gebeurtenissen bleken verder nog (bijna) significante relaties te bestaan tussen (meer) somatiseren en de variabelen (slechte) studieprestaties (in de jeugd en adolescentie) ( $\chi^2$ -kwadraat=5.77;  $df=2$ ;  $p=.06$ ;  $N=50$ ) en (vaker) geplaagd worden op school ( $\chi^2$ -kwadraat=5.09;  $df=1$ ;  $p<.05$ ;  $N=50$ ).

Ten aanzien van de actualiteit bleken significante positieve relaties tussen somatiseren met de variabelen dissatisfactie in eigen seksuele relatie ( $\chi^2$ -kwadraat=9.21;  $df=3$ ;  $p<.05$ ;  $N=50$ ), dissatisfactie over de huwelijksrelatie ( $\chi^2$ -kwadraat=8.93;  $df=3$ ;  $p<.05$ ;  $N=50$ ), (meer) gezinsproblemen ( $\chi^2$ -kwadraat=6.76;  $df=2$ ;  $p<.05$ ;  $N=50$ ), dissatisfactie over de sociale contacten ( $\chi^2$ -kwadraat=6.13;  $df=2$ ;  $p=.05$ ;  $N=50$ ) en een bijna significante relatie met de variabele dissatisfactie over de vrijetijdsbesteding ( $\chi^2$ -kwadraat=4.46;  $df=2$ ;  $p=.11$ ;  $N=50$ ).

Met betrekking tot de variabele sociale klasse, gemeten met de variabele beroepsniveau van de kostwinner, bleek geen significante relatie met de variabelen aantal klachten, duur van de klachten, somatiseren, soort somatoforme stoornis en psychoneuroticisme totaal van de SCL-90. Ook met betrekking tot de variabele schoolopleiding bleken op bovenstaande variabelen geen significante relaties. Er bleek ook geen relatie tussen de soort somatoforme stoornis en de klachtenduur. De significante relatie met de variabele aantal klachten verdween toen gecorrigeerd werd voor aantal klachten bij de somatisatiestoornis, die immers onder andere alleen gesteld kan worden als er minimaal sprake is van 13 klachten.

De variabele intelligentie correleerde negatief met somatiseren ( $r=-.422$ ;  $p=-.01$ ) en psychoneuroticisme ( $r=-.334$ ;  $p=-.01$ ). Dat wil zeggen, lagere intelligentie ging samen met meer somatiseren en psychoneuroticisme. Er bleken geen significante relaties met de variabelen aantal klachten, klachtenduur en aard van de somatoforme stoornis.

Tenslotte werd nog gekeken naar de variabele behandelingseffect, gedefinieerd in termen van minimaal een schaalscore verlaging op de NVM-SOM tussen VM1 en de NM. Het behandelingseffect correleerde alleen met de variabele schoolopleiding ( $\chi^2$ -kwadraat=6.03;  $df=1$ ;  $p<.05$ ;  $N=51$ ). Hogere schoolopleiding ging dus samen met een beter behandelingseffect. Er bleken geen significante relaties tus-

sen behandelingseffect en de variabelen psychoneuroticisme, sociale klasse, aantal klachten, klachtenduur en intelligentie.

#### 7.7. Dropoutpatiënten, steekproefrepresentativiteit en vergelijkbaarheid van de experimentele en controlegroep

In paragraaf 6.2.1. werd vermeld dat 13 patiënten, waarvan vijf in de experimentele groep en acht in de controlegroep, tijdens het onderzoek uitvielen. Teneinde te onderzoeken of er sprake is geweest van selectiviteit bij de uitval werd nagegaan of deze patiënten op de voormeting op belangrijke demografische, klachtvariabelen en afhankelijke variabelen verschilden van de 51 patiënten die wel het onderzoek voltooiden. Ook werd nagegaan of er bij de nameting en de follow-up verschillen waren tussen enerzijds de experimentele groep en de groep van uitvallers en anderzijds tussen de controlegroep en de groep uitvallers op de volgende door derden (huisarts/specialist en onderzoeker) gescoorde afhankelijke variabelen: medicatiegebruik, bezoek aan huisarts/specialist, problematisering van klachten en continuering van hulpzoeken. Indien de groep uitvallers niet is verbeterd, zoals wordt verwacht, mogen significante verschillen worden verwacht tussen deze groep en de experimentele groep omdat deze laatste baat heeft gehad van de groepsbehandeling. Tussen de groep uitvallers en de controlegroep worden geen significante verschillen verwacht. Zoals uit par. 6.2.1 bleek, waren er twee patiënten die uitvielen vanwege een bijgestelde diagnose. Deze twee patiënten doen daarom niet mee in de vergelijking. Ditzelfde geldt voor de vijf patiënten uit de controlegroep die na afloop van de looptijd van het onderzoek alsnog afzagen van deelname aan de groepsbehandeling. Deze patiënten hadden immers wel steeds alle vragenlijsten ingevuld bij de nameting en de follow-up en waren dus geen dropouts binnen de looptijd van het onderzoek. Van de overblijvende 11 patiënten waren, vanwege hun uitvallen vóór de nameting geen andere nametings- en follow-up gegevens aanwezig.

In bijlage 15 staan de demografische gegevens vermeld van de behandelde en de uitgevallen patiënten.

Uit bijlage 15 blijkt dat de twee groepen niet significant verschillen op de demografische variabelen.

Vervolgens werd nagegaan of de beide groepen zich bij de voormeting 1 onderscheiden op een aantal klachtvariabelen, klachtgerelateerde variabelen en belangrijke afhankelijke (psychologische) testvariabelen. In bijlage 16 staan de resultaten vermeld.

Ook op deze variabelen blijken geen significante verschillen tussen de groep van behandelde patiënten en de uitgevallen patiënten. Van selectieve uitval op basis van aanvangsverschillen op de betreffende variabelen is dus geen sprake.

Tenslotte werd gekeken of er significante verschillen waren tussen de experimentele groep, controlegroep en de groep van uitvallers op de variabelen medicatiegebruik, bezoekfrequentie aan huisarts/specialist, problematiseren van klachten en continuering van de hulpvraag. Over deze variabelen zijn voormetingsgegevens, nametings en follow-up gegevens aanwezig. Omdat van een deel van de groep van uitvallers geen voormeting 1 gegevens beschikbaar zijn met betrekking tot medicatiegebruik en huisartsbezoek heeft de voormeting betrekking op de voormeting 2. Op de variabelen medicatiegebruik en bezoekfrequentie huisarts/specialist werden MANOVAS gedaan. Op de ander twee variabelen werden chi-kwadraatanalyses toegepast.

Uit de resultaten bleek dat de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep en de uitvallersgroep op alle variabelen significant verbeterde, met uitzondering van het medicatiegebruik. Dit patroon bleef gehandhaafd bij een directe vergelijking tussen de experimentele groep en de uitvallersgroep. Deze significante verschillen verdwenen wanneer de controlegroep en de uitvallersgroep werden vergeleken. De uitvallersgroep gedraagt zich dus als de controlegroep. Uit deze resultaten in samenhang met de resultaten uit de bijlagen 15 en 16 mag geconcludeerd worden dat er geen sprake is geweest van een selectieve uitval. Deze bevinding ondersteunt de effectiviteit van het behandelingsprogramma.

De vraag blijft natuurlijk waarom juist deze 11 patiënten zijn uitgevallen. Hoewel geen significante verschillen blijken zijn er wel enkele trends te zien. Uit de bijlagen 15 en 16 blijkt dat de groep van uitvallers 4 jaar ouder is en, vanwege een gemiddelde klachtenduur van ongeveer 4,5 jaar daarom ook, 4 jaar later klachten heeft gekregen. Verder blijkt uit bijlage 16 dat de uitvallers relatief vaker zijn verwezen door de huisarts (63,6%) en dat deze patiënten ook relatief vaak een somatoforme pijnstoornis hebben (45,5%). Uit onze onderzoeksresultaten (par. 7.3) bleek dat deze categorie van patiënten minder baat had van de behandeling terwijl ook uit de literatuur aanwijzingen waren voor behandelingsresistentie. Uit bijlage 16 blijkt verder dat deze patiënten iets meer somatiseren, ook wat depressiever zijn en gekenmerkt worden door een hogere neuroticismescore, terwijl het bezoek aan huisarts/specialist bij de voormeting juist wat minder is. Op grond van deze gegevens zou voorzichtig gesteld kunnen worden dat deze uitgevallen patiënten enerzijds wel een hogere lijdensdruk hadden, doch anderzijds nog niet voldoende gemotiveerd waren voor de groepsbehandeling vanwege hogere afweer van psychische problemen, therapeutisch pessimisme en mogelijk voor hun gevoel nog niet voldoende uitbehandeld waren omdat ze nog in het eerste echelon in behandeling waren.

Hoewel selectieve uitval als (mede)determinant van de behandelingsresultaten niet kon worden aangetoond, kan men zich afvragen in hoeverre deze behandelingsresultaten geldig zijn voor de gehele populatie van patiënten met een somatoforme stoornis. Anders geformuleerd: in hoeverre is onze onderzoeksgroep een representatieve steekproef uit de populatie van patiënten met een somatoforme stoornis? Zoals uit par. 6.2.1 bleek, werden de patiënten door de huisarts en medisch specialist verwezen nadat deze door de onderzoeker via een schrijven waren geïnformeerd over de mogelijkheid van groepsbehandeling van patiënten met deze klachten. Er is geen informatie aanwezig over het aantal patiënten die door de verwijzer werden geattendeerd op de behandelingsmogelijkheden, noch over het percentage patiënten dat vervolgens weigerde respectievelijk besloot zich te laten verwijzen. In dit opzicht is dus onduidelijkheid over de vraag in hoeverre de geïncludeerde patiëntengroep een representatieve steekproef is.

Na inclusie van de patiënten vond de randomisering plaats via loting (zie par.6.2.3). In par. 7.2.1 werd opgemerkt dat de randomisering van de patiënten over de experimentele groep en de controlegroep betreffende de hypothese gerelateerde afhankelijke variabelen goed gelukt was. Met betrekking tot de randomisering van de variabelen sexe, leeftijd en de leeftijd bij ontstaan van de klachten blijkt uit tabel 2 en bijlage 6 dat de experimentele groep in vergelijking met de controlegroep jonger is, meer mannen bevat en klachten heeft die eerder zijn begonnen. Het laatste gegeven hangt samen met het eerste gegeven zodat overblijft de constatering dat de experimentele groep jonger is en meer mannen bevat. Hoewel de verschillen niet statistisch significant zijn (zie tabel 2 en bijlage 6) is de

vraag of deze verschillen klinische implicaties hebben.

Voor wat betreft de sexe is geen onderzoek bekend waaruit gebleken zou zijn dat mannen een betere behandelprognose hebben dan vrouwen. Een jeugdiger leeftijd wordt daarentegen wel in verband gebracht met een gunstiger prognose (o.a. Kellner, 1985).

Teneinde in onze onderzoekspopulatie na te gaan of de jongere leeftijd en de hogere frequentie van mannen in de experimentele groep tot een onbedoelde beïnvloeding van de onderzoeksresultaten heeft geleid werd de totale onderzoeksgroep verdeeld in twee even grote leeftijdsgroepen van 20-37 jaar en 38-65 jaar. Vervolgens werden hierop MANOVAS uitgevoerd volgens het design leeftijd\*groep\*tijd en sexe\*groep\*tijd op de in ons onderzoek (bijna) significant gebleken afhankelijke variabelen: klachtenschaal, psychoneuroticisme (SCL-90-totaal), SCL-90-DEP, ZUNG, NVM-SOM, UCL-ACT, medicatiegebruik en bezoek aan huisarts en /of medisch specialist.

Met betrekking tot de onafhankelijke variabele sexe bleken geen significante MANOVAS op de afhankelijke variabelen. Op de onafhankelijke variabele leeftijd bleek één significante MANOVA en wel op de afhankelijke variabele SCL-90-DEP (.054). Hier bleek dat de jongste leeftijdsgroep van de experimentele groep significant verbeterde ten opzichte van de andere drie groepen.

Geconcludeerd kan worden dat, hoewel er geen zekerheid is dat onze onderzoeksgroep een representatieve steekproef is uit de populatie van patiënten met een somatoforme stoornis, er geen aanwijzingen worden gevonden dat met betrekking tot de randomisatie de (statistisch niet significante) verschillen in leeftijd en sexe tussen de experimentele groep en de controlegroep van grote invloed zijn geweest op de behandelingsresultaten.

## 7.8. Casuïstiek

Tot besluit van de resultaten volgt hieronder de bespreking van een succesvolle en een niet succesvolle behandeling.

*De eerste patiënte is mevr. Snijders, een goed verzorgde, donkerblonde vrouw die bij kennismaking een stevige handdruk geeft. Ze is wat gespannen en geremd, doch maakt goed (oog)contact. Ze maakt een evenwichtige indruk. Ze is hoog gemotiveerd voor behandeling.*

*Uit het psychodiagnostische onderzoek blijken behalve de hypochondrische angsten ook reactief depressieve klachten en op zichzelf gerichte boosheid. De lijdensdruk is groot. Er is sprake van veel afweer van emoties door verdringing met als gevolg somatisering van de psychische problematiek. Patiënte neigt tot introvert gedrag. Ze houdt veel rekening met anderen. Ze heeft een strenge gewetensfunctie. Ze geeft blijk van een goede stressbestendigheid.*

*Mevrouw S. is 32 jaar, gehuwd, huisvrouw met een zoon van 4 jaar. Ze ontwikkelde ruim twee jaar geleden een fobie voor kanker na twee vroegtijdige spontane abortussen. De gynaecoloog dacht in eerste instantie aan een gezwel aan de eierstokken, achteraf bleek dit een goedaardige cyste te zijn. Patiënte interpreteerde de opmerking van de betreffende arts onmiddellijk als een indicatie voor de aanwezigheid van een kwaadaardig gezwel. In de week tussen deze "diagnose" en de operatie, waarbij dus sprake bleek te zijn van een goedaardige cyste, raakte patiënte helemaal in paniek en ontredde. In haar verbeelding zag ze zichzelf bij herhaling lichamelijk wegteren, afscheid nemen, doodgaan en begraven wor-*



den. Toen patiënte na de operatie te horen kreeg dat er sprake was van een goedaardige cyste kon ze dit maar moeilijk geloven. Er ontwikkelde zich bij haar een hardnekkige kankerfobie. Deze werd in stand gehouden door regelmatige bezoeken aan de huisarts voor onderzoek en geruststelling, veelvuldig om geruststelling vragen bij haar echtgenoot en aanvankelijk ook door veel lezen in de medische encyclopedie over alles dat met kanker te maken had. In een latere fase trachtte ze zoveel mogelijk t.v.-programma's over kanker te vermijden en onderzocht ze haar eigen lichaam en lichaamsexcreties vaak op verdachte bobeltjes en bloed. De verhoogde aandacht voor haar lichaam leidde tot de waarneming van veel lichamelijke sensaties die ze onmiddellijk hypochonder interpreteerde. Als gevolg van deze hypochondrische angsten en pre-occupaties was ze wisselend depressief en prikkelbaar. Ze gebruikte geen medicatie mede omdat ze van mening was dat ze zelf haar problemen zoveel mogelijk moest proberen op te lossen. Ze rookte wel, hoewel met mate. Ze ervoer dit als tegenstrijdig met haar gezondheidsangst, maar trok hieruit niet de consequentie te stoppen met roken. Patiënte heeft heel haar leven regelmatig hoofdpijn gehad, doch heeft dit nooit hypochonder geïnterpreteerd. Overigens was ze altijd goed gezond.

Uit haar voorgeschiedenis blijkt dat ze afkomstig is als oudste uit een gezin van 5 kinderen. Het ouderlijk gezin heeft ze als harmonieus ervaren, met een veilige, warme gezinssfeer waarin de ouders door hun grenzenstellende gedrag ook duidelijkheid en structuur boden. De contacten tussen de kinderen onderling waren ook prettig.

Patiënte heeft geen negatieve ervaringen gehad met ziekte en overlijden in de naaste familie- en kennissenkring. Patiënte volgde na de MAVO de kleuterkweekschool en werkte achtereenvolgens in de administratieve sfeer en in een verzorgend beroep. Haar huwelijk en sociaal-maatschappelijke leven ervaart ze als goed.

Mevr. S had baat bij de therapie. De hypochondrische angsten en haar behoefte aan geruststelling verminderden aanzienlijk. Ze vertelde met name veel steun gehad te hebben aan de assertiviteitstraining en ontspanningsoefeningen. Ze durfde meer interpersoonlijke confrontaties aan die haar zelfvertrouwen gaven, die ze ook aanwendde om haar hypochondrische angsten de baas te worden. De groepservaring was bijzonder belangrijk voor haar: het "lotgenotengevoel", het gevoel niet de enige te zijn met dit soort klachten. Hoop en vertrouwen verkreeg ze door van derden te horen dat de klachten kunnen verdwijnen. Bij de follow-up bleek ten opzichte van de nameting nog een positief naijl-effect. Echter vage angsten voor terugval waren aanwezig die zich vervolgens vier maanden na de follow-up meting manifesteerden. De aanleiding hiervan bleek een goedaardig knobbelkje in een borst. Een bezoek aan de huisarts reduceerde de hypochondrische angsten weer. Hierna kwam patiënte nog vier maal voor een kortdurende behandeling. Tot op heden, twee en een half jaar na het laatste contact, is patiënte klachtenvrij.

De tweede patiënte is de in par. 2.2. beschreven 55-jarige vrouw Geessink met de kankerfobie. Zij is een stevige, assertieve, verzorgde, sociale vrouw, die ontspannen en welbespraakt haar problemen vertelt.

Uit het psychodiagnostische onderzoek blijken, behalve de hypochondrische klachten ook depressieve klachten. Desondanks is de lijdensdruk matig. Bij mevrouw G. is sprake van een rigide, dwangmatige karakterstructuur. Er is een hoge afweer van psychische problemen en somatisering van deze psychische

*problematiek. Patiënte houdt veel rekening met de ander. De stressbestendigheid is matig.*

*Mevrouw G. blijkt de afspraak met mij zo lang mogelijk voor zich uitgeschoven te hebben vanwege schaamte en gevoelens van krenking. Uiteindelijk, onder druk van haar echtgenoot, die het voortdurend geruststelling geven beu is, heeft ze toch een afspraak gemaakt.*

*Patiënte is de jongste uit een gezin van zes kinderen. Ze omschrijft haar ouderlijk gezin als een gezin met een stugge, strenge, maar zorgzame vader en een sociale, gevoelige, egocentrische moeder die vader domineerde. De gezinssfeer heeft ze als veilig en zorgzaam ervaren. Het contact met haar oudste zus was hecht, dat met de overige broers en zussen wat oppervlakkiger. Patiënte volgde de MAVO en werkte daarna tot haar huwelijk in de administratieve sector. Toen patiënte 22 jaar was, overleed haar vader aan kanker. Dit maakte een diepe indruk op haar. Twee jaar later ontwikkelde zich bij patiënte geleidelijk de eerste symptomen van angst voor kanker. In de loop der jaren stierven in haar familie, vrienden- en kennissenkring meerdere personen aan kanker. Vanaf de leeftijd van 24 jaar heeft ze veelvuldig medische onderzoeken laten doen ter geruststelling.*

*Bij de therapie vindt ze geen baat. Ze blijft voortdurend gefixeerd en gepreoccupeerd op haar lichaam. Met haar onophoudelijke keelschrapen, onderhoudt ze via de pijnlijke keel haar angst voor kanker. Ze blijft geruststelling vragen en haar huisarts bezoeken, ook met lichamelijke klachten met wel een duidelijk lichamenlijk substraat, die ze echter daarnaast ook hypochondrisch interpreteert. Ze vermagert in verband met knieklachten, maar dit heeft geen effect op haar hypochondrische klachten. Ze probeert van de groepsleden geruststellende informatie te ontfutselen, doch het effect hiervan is beperkt. De volgende zitting zit ze weer op het oude angstniveau. Bij de nameting is op geen enkele variabele verandering ingetreden. Na de follow-up schrijft ze een brief dat ze afziet van verdere behandeling, gemotiveerd door de overwegingen dat ze zich schaamt hulp te moeten vragen respectievelijk van mening is dat ze haar eigen boontjes moet doppen. Bovendien, zo schrijft ze, is ze de hele zomer min of meer klachtenvrij is geweest.*

Meerdere oorzaken zijn aan te wijzen als mogelijke verklaring voor de wel en niet succesvol verlopen behandelingen.

Mevrouw Snijders was een intern gemotiveerde vrouw met een nog niet zo lange duur van de klachten die acuut ontstonden na een door de patiënt als traumatisch beleefde gebeurtenis. De klachten leken ook mede in stand gehouden te worden door gebrekkig zelfvertrouwen op basis van matige assertiviteit en angst uniek te zijn in haar "gekte", zoals ze dat zelf noemde. Ze trachtte zich aanvankelijk gerust te stellen door stilletjes informatie te lezen over haar klachten, echter met averechtse effect. In de terminologie van Kellner 1985 (zie ook par. 2.2.) zou men bij deze patiënte kunnen spreken van een dreigend chronisch worden van een aanvankelijk hypochondrische reactie als aanpassingsstoornis.

Bij mevr. Geessing ziet het er totaal anders uit. Mevr. G. is een extern gemotiveerde vrouw bij wie sprake is van een chronisch geworden, weliswaar intermitterende, reeds meerdere decennia bestaande hypochondrie die geleidelijk begon en ook steeds nieuw voedsel kreeg door sterfgevallen ten gevolge van kanker in de familie en kennissenkring. De zwaarlijvigheid, kortademigheid en de knieklachten alsmede het veelvuldig kuchen veroorzaakten bijna continue lichaamssensaties die bij patiënte cognitieve ziekteschema's actualiseerden in verband met kan-

ker. In de terminologie van Kellner (1985) zou men kunnen spreken van een hypochondrische neurose. Kortom, de ernst en duur van de symptomatologie alsmede de aard van de instandhoudende factoren zijn waarschijnlijk de oorzaken geweest van de differentiële behandel effecten.

### 8.1. Behandelingseffecten

De eerste hypothese in dit onderzoek luidde dat een groepsgerichte psychologische behandeling van poliklinische patiënten met somatoforme stoornissen een gunstig effect toevoegt aan de regulier medische behandeling in termen van: vermindering van somatisering, vermindering van de aanmeldingsklachten, vermindering in bezoekfrequentie aan huisarts en specialist, vermindering van medicatiegebruik, toename van assertieve vaardigheden en toename van copingvaardigheden. Als tweede hypothese werd geformuleerd dat indien afname van somatisering en toename van assertieve vaardigheden zou optreden als gevolg van de groepsbehandeling, dit eveneens zou leiden tot afname van angst, agressie en depressiviteit.

De onderzoeksresultaten ondersteunen voor een belangrijk deel de eerste hypothese. Bij de patiënten uit de experimentele groep is in vergelijking met de controlegroep sprake van een significante vermindering van somatiseren en psychoneuroticisme; een groter aantal patiënten geeft een klinisch relevante afname van minstens 30% minder bezoek aan huisarts/specialist en (bijna significant verminderd) medicatiegebruik te zien; er is sprake van actiever aanpakken van problemen en een significante afname van de aanmeldingsklachten. De groepsbehandeling leidt niet tot toename van assertieve vaardigheden.

Met betrekking tot de tweede hypothese is bij de experimentele groep alleen sprake van een significante afname van de depressie en een bijna significante vermindering van de toestandboosheid.

Uit een nadere analyse van de significante resultaten blijkt dat deze resultaten het gevolg zijn van verschillende effecten. Niet alleen treden significante of bijna significante behandelingseffecten op bij de nameting (met betrekking tot somatiseren, bezoekfrequentie aan huisarts/specialist, medicatiegebruik, aanmeldingsklachten, depressie en toestandboosheid). Bij enkele variabelen is er ook sprake van een follow-up effect (actief aanpakken van problemen) of van significante of bijna significante veranderingen tussen VM1 en VM2 ten voordele van de experimentele groep (op de variabelen somatiseren, psychoneuroticisme, aanmeldingsklachten en depressie) en éénmaal ten voordele van de controlegroep (op de variabele NVM-somatiseren).

Een mogelijke verklaring voor de significante veranderingen tussen VM1 en VM2 is de volgende: de informatie die de patiënten bij voormeting twee kregen dat ze de volgende week zouden beginnen met de behandeling (de experimentele groep) respectievelijk dat ze nog 4 maanden zouden moeten wachten (de controlegroep) heeft mogelijk bij de experimentele groep reeds een heilzame werking op de klachten vanwege de opluchting binnenkort te beginnen met de behandeling. Er is dus sprake van een verwachtingseffect.

De bijna significante verandering bij de controlegroep (verminderde somatisering op de variabele NVM-SOM) bij voormeting twee is mogelijk te duiden als een toevalsbevinding. Het follow-up effect bij de variabele actief aanpakken van problemen (UCL-A) zou opgevat kunnen worden als een vertraagd behandelingseffect.

Als we de significante verschillen tussen VM1 (bij bezoekfrequentie aan huisarts/specialist en medicatiegebruik) de VM2 om eerder genoemde reden van tijds-

equivalentie) en FO als de beste maat nemen voor het effect van de behandeling vanwege de duurzaamheid van veranderingen, dan kan geconcludeerd worden dat de groepsbehandeling in vergelijking met de controlegroep heeft geresulteerd in significante vermindering in somatiseren, psychoneuroticisme, aanmeldingsklachten, significante toename in actiever aanpakken van problemen, bijna significant meer patiënten met een klinisch relevante afname van minstens 30% bezoek aan huisarts/specialist.

Dit betekent dat een psychologische behandeling van patiënten met somatoforme klachten een essentiële aanvulling is op de reguliere medische behandeling.

Voor de tweede hypothese wordt maar weinig steun gevonden. Op alle variabelen betreffende de angst, agressie en depressie is er een terugval bij de experimentele groep en een afname van de klachten bij de controlegroep tussen de NM en de FO1, zelfs resulterend in (bijna) significante verschillen ten nadele van de experimentele groep op de variabelen toestandboosheid, ZUNG depressie en SCL-90-depressie (zie bijlage 11 en tabel 4). Dit patroon is niet aanwezig bij de variabelen van de eerste hypothese. Meerdere verklaringen zijn mogelijk:

1. Aan de voorwaarden van de tweede hypothese is door het ontbreken van toename van de assertieve vaardigheden niet voldaan.
2. Angst, agressie en depressie hangen maar ten dele samen met somatiseren en subasserviteit.
3. Agressie en depressie verminderen in de experimentele groep voor en tijdens de behandeling (verwachtingseffect en programma-effect), maar deze effecten zijn slechts tijdelijk en verdwijnen weer in de periode na de behandeling (omgekeerd follow-up effect).

De satisfactie over de behandelingsresultaten bij de experimentele groep varieerde tussen ruim 50% en 71% van de patiënten, afhankelijk van het wel of niet buiten beschouwing laten van de patiënten die geen duidelijke mening gaven. Deze gemiddelde tot redelijk hoge satisfactiepercentages zijn in overeenstemming met het percentage patiënten die hun klachten bij de nameting en de follow-up minder problematiseren (zie bijlage 14). Dezelfde patiënten die tevreden zijn met de behandelingsresultaten problematiseren minder. Dat deze percentages niet hoger liggen kan samenhangen met de relatief korte duur van de behandeling waardoor de patiënten nog niet uitbehandeld waren, doch even goed met het feit dat patiënten met somatoforme stoornissen niet zo makkelijk hun klachten opgeven (zie par. 5.1). Bovendien moet bedacht worden dat de gemiddelde klachteduur in onze onderzoeksgroep ongeveer zes jaar bedroeg (zie bijlage 6).

De problematisering van de klachten en de continuering van hulpzoeken blijken bij de experimentele groep significant te zijn afgenomen bij zowel de nameting als de follow-up, terwijl slechts bij acht patiënten uit de experimentele groep een beperkt aantal individuele vervolgesprekken na afloop van de behandeling nodig waren.

Geconcludeerd kan worden dat een relatief kortdurende groepsbehandeling bij een redelijke satisfactie met de behandeling toch een behoorlijke reductie kan opleveren van het hulpzoekgedrag van deze patiënten die daarvoor jarenlang klachten hadden waarvoor ze meerdere medische specialisten raadpleegden.

Deze resultaten met betrekking tot de effecten van de groepsbehandeling komen overeen met de resultaten van de in de literatuur (zie bijlage 4) genoemde gedragstherapeutische groepstherapieën die gemiddeld 10 zittingen bedroegen.

## 8.2. Differentiële behandelingseffecten

Bij het onderzoek naar eventuele differentiële behandelingseffecten bij de drie onderzochte diagnosegroepen blijken slechts twee (bijna) significante diagnose\*groep\*tijd interacties bij de variabelen boosheidsdispositie en somatiseren op een totaal van 23 hypothesen gerelateerde variabelen.

Geconcludeerd kan worden dat het groepsprogramma weinig klachtspecifiek aangrijpt.

De patiënten met een somatoforme pijnstoornis hebben relatief de minste baat bij de behandeling, zo blijkt bij de twee significante interacties. Deze bevinding is in overeenstemming met onze indrukken en de literatuurbevindingen (DSM-III-R-1987; Spinhoven en Linsen, 1987) die aangeven dat patiënten met chronische pijnklachten behoorlijk behandelingsresistent kunnen zijn.

## 8.3. Effectieve behandelingscomponenten

Naast de behandelingseffecten blijkt er ook herhaaldelijk sprake te zijn van een optredend tijdseffect, dat wil zeggen bij 14 van de in totaal 23 hypothesen gerelateerde afhankelijke variabelen blijken significante veranderingen in de tijd onafhankelijk van de behandeling. Echter getuige de significante behandelingseffecten "heelt de tijd niet alle wonden".

Niet alle in de hypothesen geformuleerde behandelingsverwachtingen zijn gerealiseerd. Opvallend is namelijk dat op de assertiviteitsvariabelen en de copingvariabelen, met uitzondering van de variabele actief aanpakken van problemen, geen significante veranderingen optreden ondanks de opname van een sociale vaardigheidstraining in het programma. Met betrekking tot de variabelen betreffende de assertiviteit bleek bij de bespreking hiervan in relatie tot de normgroepen, dat onze onderzoekspopulatie bij de voormeting reeds behoorlijk assertief scoorde op de variabele Totaal Spanning en dat op de variabele Totaal Frequentie sprake was van sociaal vermijdingsgedrag.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van significante verbeteringen op de assertiviteitsschalen is dus de relatief hoge mate van reeds bij de aanvang aanwezige assertiviteit, zeker met betrekking tot het aspect van de interpersoonlijke spanning, waardoor vanwege een plafond effect minder assertieve groei mogelijk was. De combinatie met lagere frequentie van interpersoonlijk gedrag wijst overigens ook in de richting van een zekere "onverschilligheid" in het interpersoonlijke gedrag waardoor een reeds aanwezig platondeffect wordt versterkt. Hiermee in contrast en moeilijker interpreteerbaar, zijn uitspraken van een aantal patiënten in het gestructureerde interview bij de nameting en de follow-up dat ze zich zelfverzekender waren gaan voelen als gevolg van de assertiviteitstraining. Mogelijk was de tijd te kort om deze toegenomen zelfverzekerdheidsgevoelens op gedragsniveau in de praktijk te brengen. Dit is niet ondenkbaar gezien de korte duur van het betreffende programmaonderdeel (zes sessies), waardoor onvoldoende training heeft kunnen plaatsvinden. De assertiviteitstraining lijkt in deze studie in ieder geval weinig bijgedragen te hebben aan de positieve behandelingseffecten. Een eventuele relatie tussen subassertiviteit en somatoforme stoornissen, zoals het geval is bij de aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten en lagere sociaal-economische klasse (o.a. Moonen en Beekers, 1984) kon daardoor niet aangetoond worden.

Met betrekking tot de copingvariabelen lijkt een soortgelijke situatie te gelden

als bij de assertiviteitvariabelen. Op de variabelen palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, expressie van emoties en geruststellende gedachten scoorden de patiënten bij de voormeting reeds in de range van het gemiddelde. Alleen op de copingvariabelen actief aanpakken van problemen en depressief reactiepatroon is de scoringsrange bij de voormeting breder en blijken de vrouwen laag te scoren op de variabele actief aanpakken van problemen en hoog te scoren op de variabele depressief reactiepatroon.

Het is op deze laatste twee variabelen dat een significante (actief aanpakken van problemen:  $p=.050$ ) en een bijna significante (depressief reactiepatroon:  $p=.106$ ) verbetering optreedt bij de experimentele groep.

Kortom: ook bij een deel van de copingvariabelen lijkt een plafondeffect mede verantwoordelijk te kunnen zijn voor het achterwege blijven van een behandelingseffect.

Op indirecte wijze kunnen nog enige tentatieve uitspraken worden gedaan over de vermoedelijk effectieve behandelingscomponenten. Uit de stepdownanalyse blijkt dat de (bijna) significante behandelingseffecten op de variabelen depressie, agressie, angst en psychoneuroticisme in belangrijke mate worden veroorzaakt door de variabele somatisering. Bij afwezigheid van significante veranderingen in het assertieve gedragsrepertoire van de patiënten, althans voor zover gemeten met behulp van de variabelen Totaal Spanning en Totaal Frequentie van de SIG, zou voorzichtig geconcludeerd kunnen worden dat de verminderde somatisering is bewerkstelligd door de twee overige therapiecomponenten, te weten blok 1 (lichaamsgerichte oefeningen, relaxatieoefeningen en ademhalingsoefeningen) en blok 2 (de cognitief-educatieve informatie). Gezien het ten dele ook cognitieve karakter van blok 1 (o.a. bespreking van een viertal brochures) ligt het voor de hand te veronderstellen dat de significante afname van de somatisering vooral is veroorzaakt door een verandering van cognities.

Anders gezegd: de groepsbehandeling lijkt vooral de cognitieve component van de emotie als aangrijpingspunt gehad te hebben voor de gedragsveranderingen. In dit opzicht is een van de doelstellingen van het behandelingsprogramma, de beïnvloeding van cognities, dus gerealiseerd (zie par. 6.2.2.).

Zoals hierboven reeds genoemd moeten gevolgtrekkingen over de werkzame componenten van de groepsbehandeling door afwezigheid van controles speculatief blijven. Eventuele a-specifieke meer groepstherapeutische aspecten in de sfeer van de genezende factoren van Yalom (1981) bijvoorbeeld werden niet gemeten. Dat deze van invloed kunnen zijn geweest is niet ondenkbaar. Veel patiënten vertelden namelijk in de gestructureerde interviews bij de nameting en de follow-up dat ze veel baat hadden gehad bij het "praatgedeelte" (blok 2 en blok 3) van het behandelingsprogramma doordat ze nu van elkaar hoorden dat ze niet de enigen waren met hun klachten, dat ze veel steun aan elkaar hadden, etc.

Kortom, via de genezende factoren van Yalom zou ook een verminderde somatisering kunnen zijn veroorzaakt.

De in ons onderzoek gebleken verminderde somatisering ten gevolge van de veranderde cognities ondersteunen de cognitieve benadering ter verklaring van het ontstaan en in stand blijven van ziektegedragingen (zie par. 4.3.4).

## 8.4. Epidemiologie

In het hoofdstuk over de epidemiologie blijken, ondanks het ontbreken van nauwkeurige cijfers, de hypochondrie, de somatoforme pijnstoornis en de ongedifferen-

tieerde somatoforme stoornis het meest voor te komen. Deze prevalentieniveaus treffen we ook aan in ons eigen onderzoek met percentages van respectievelijk 23,5 %, 35,3 % en 29,4 %.

Met betrekking tot de sexeverhouding blijkt, evenals in de literatuur, in onze onderzoekspopulatie een aanzienlijk groter aantal vrouwen (69,6 %) dan mannen (30,4 %) die somatiseren en ook een groter aantal vrouwen dan mannen met de diagnose somatoforme pijnstoornis en gelijke prevalentie op de diagnose hypochondrie.

Met betrekking tot de somatisatiestoornis, verstoorde lichaamsbeleving en conversie zijn te weinig patiënten aanwezig om percentages te kunnen relateren aan de literatuurgegevens. Ook is onze onderzoekspopulatie te klein en te eenzijdig van opbouw qua aard van de somatoforme stoornissen om de leeftijdsopbouw van de verschillende soorten somatoforme stoornissen in onze onderzoekspopulatie te relateren aan de literatuur.

## 8.5. Vroegere ervaringen, sociale klasse en stamgezin

Met betrekking tot de demografische en persoonsvariabelen blijkt, met inachtneming van de gemaakte voorbehouden in verband met de betrouwbaarheid, geen duidelijke relatie tussen somatiseren en vroegere ervaringen met ziekte, overlijden, opvoeding, gezinsomstandigheden e.d., in tegenstelling tot wat soms in de literatuur hieromtrent wordt suggereerd (zie par. 4.2.1.1).

Wel worden enkele significante relaties gevonden tussen enerzijds somatiseren en anderzijds puberteitsproblemen en vroegere schoolervaringen (slechte studieprestaties en geplaagd zijn). In onze onderzoekspopulatie worden verder correlaties gevonden tussen somatiseren en actuele persoonsvariabelen als echtelijke (sexuele) relatie, gezinsproblemen en sociale contacten buiten het gezin. Deze correlaties zijn goed te begrijpen gezien de te verwachten wisselwerking tussen individuele (somatisering) en relationele (huwelijk en gezin) dimensies.

Interessant is ook dat tussen de demografische variabelen sociale klasse en schoolopleiding enerzijds en variabelen als klachtenduur, aantal klachten, somatiseren, soort somatoforme stoornis en psychoneuroticisme totaal geen relaties worden gevonden. Het vaker voorkomen van somatiseren van psychische problemen in lagere sociaal-economische milieus en lagere educatie (zie par. 4.2.1.1) kan dus niet bevestigd worden.

Uit de positieve relatie tussen behandelingseffecten en schoolopleiding zou voorzichtig geconcludeerd kunnen worden dat de hoger opgeleiden meer baat hebben van de groepsbehandeling in termen van grotere reductie in somatiseren.

De intelligentie correleert significant negatief met somatiseren en psychoneuroticisme totaal. Er blijkt echter geen relatie tussen intelligentie en behandelingseffect.

## 8.6. Comorbiditeit en differentiaal diagnose

Uit de literatuur (zie par. 3.7 comorbiditeit en differentiaaldiagnostiek) bleek dat wanneer er bij patiënten met somatoforme stoornissen sprake is van persoonlijkheidsstoornissen, er aanwijzingen waren dat relatief vaker sprake was van theatrale en borderline persoonlijkheidsstoornissen (bij de somatisatiestoornis en de conversie) en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen. Ons onderzoek was niet opgezet om eventuele persoonlijkheidsstoornissen te diagnostiseren ten behoeve



van relatering aan de verschillende categorieën van de somatoforme stoornissen. Een persoonlijkheidsvragenlijst werd ook niet gebruikt in het onderzoek. Ernstige persoonlijkheidsstoornissen waren een exclusie criterium en werden gediagnosticeerd met behulp van de criteria zoals omschreven in par. 6.2.1. Van de geïncludeerde patiënten werden de meest op de voorgrond tredende persoonlijkheidstrekken gescoord met behulp van de hoger genoemde DSM-III-R (1987) criteria van de persoonlijkheidsstoornissen.

Uit bijlage 6 blijken de cluster C persoonlijkheidskenmerken (ontwijkende, afhankelijk, obsessief-compulsieve en passief-agressieve) te domineren met uit cluster B nog de theatrale kenmerken. De hoogste score op de afhankelijke persoonlijkheidskenmerken is in overeenstemming met de literatuurbevindingen. In onze onderzoekspopulatie blijken echter ook de obsessief-compulsieve kenmerken hoog te scoren (31,4 %) met gelijke percentages voor de ontwijkende en theatrale kenmerken (11,8 %).

De verklaring voor het hoge percentage obsessief-compulsieve kenmerken is niet geheel duidelijk. Mogelijk dat verschillen ook zijn ontstaan doordat we ons hier beperkt hebben tot kenmerken in tegenstelling tot persoonlijkheidsstoornissen waarvan in de betreffende literatuur sprake is.

Van de 83 verwezen patiënten voldeden uiteindelijk 22 patiënten (26,5 %) niet aan de diagnose somatoforme stoornis. Met name bij de patiënten met angst- en depressieve stoornissen en in mindere mate bij de patiënten met de diagnose psychische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden speelden vaak ook hypochondrische angsten een rol waardoor het soms wat moeite kostte om de juiste diagnose te stellen.

Zoals uit par. 2.2. bleek, concludeerde Kenyon (1964, 1976) op basis van dit soort bevindingen met betrekking tot de hypochondrie dat deze als aparte as-I diagnose niet bestaat, doch meestal onderdeel is van een affectieve stoornis. Soortgelijke problemen binnen de categorie van de somatoforme stoornissen worden gesignaleerd door onder andere Kirmayer (1986), van Vliet en van Wijk (1990) die suggereren dat op grond van gemeenschappelijke cognitieve processen het onderscheiden van verschillende soorten functioneel lichamelijke en somatoforme klachten niet zo zinvol is. Ook Rooymans (1990) stelt vast dat hypochondrische angsten bij veel somatiserende patiënten voorkomen.

## 8.7. Betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten

Hoe betrouwbaar zijn de onderzoeksresultaten? Een externe onafhankelijke beoordelaar ontbrak. De onderzoeker, behandelaar en de rapporteur zijn één persoon. De diagnose somatoforme stoornis werd gesteld aan de hand van de DSM-III-R criteria in plaats van een uitgewerkt schriftelijk diagnose protocol.

Persoonsvariabelen werden door de onderzoeker gescoord aan de hand van door de patiënt ingevulde biografische vragenlijst en aanvullende vragen door de onderzoeker. Ditzelfde is van toepassing op de scoring van de waardering van de behandeling, de problematisering van de klachten en de continuering van de hulpverlening bij de nameting en de follow-up. Als behandelaar was de onderzoeker op de hoogte van het onderzoeksdesign en welke patiënten in welke groepen zaten. Zoals reeds in par. 7.5 werd vermeld zijn de scores met betrekking tot de waardering van de therapie, de continuering van de hulpverlening en de problematisering van de klachten onvermijdelijk beïnvloed door sociale wenselijkheid.

De perceptiebias van de onderzoeker met betrekking tot de waardering van de

groepsbehandeling, de continuering van de hulpverlening en de problematisering van de klachten werd getracht te controleren door het gestructureerde interview bij de voormeting, de nameting en de follow-up samen te doen met de klinisch psycholoog in opleiding.

Met betrekking tot de diagnosestelling vond ( zie par. 6.2.1), met name bij twijfelgevallen, overleg plaats met de psychiaters en de collega psycholoog. Dit overleg kon overigens niet voorkomen dat toch later enkele diagnoses moesten worden bijgesteld.

Door middel van het schriftelijk protocol werd getracht de behandeling van de vier behandelgroepen te standaardiseren.

De belangrijkste onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op de door de patiënten ingevulde vragenlijsten.

Conclusie: zeer waarschijnlijk is er toch sprake geweest van een redelijke betrouwbaarheid die echter in toekomstig onderzoek verhoogd kan worden door de volgende maatregelen:

- een schriftelijk uitgewerkt protocol ten behoeve van de diagnosestelling;
- de diagnosestelling gebeurd mede door een onafhankelijke beoordelaar, zodat na een agreement toets zonodig een consensus overleg kan plaatsvinden;
- de onafhankelijke beoordelaar evalueert de behandeling bij de nameting en de follow-up;
- bij gebruik van biografische vragenlijsten dient sprake te zijn van voorgedrukte antwoorden in plaats van interpretaties van de antwoorden door de onderzoeker;
- idealiter zou de rol van onderzoeker/rapporteur losgekoppeld moeten worden van de (gelijktijdige) rol van behandelaar, teneinde ongewenste beïnvloeding te voorkomen. In de praktijk van een algemeen ziekenhuis zal dit overigens, zonder een extra budget voor wetenschappelijk onderzoek, een onhaalbaar streven zijn.

#### 8.8. Implicaties van de onderzoeksresultaten en suggesties voor verder onderzoek.

Hierboven werd geconcludeerd dat:

- de groepsbehandeling heeft geresulteerd in een aantal significante behandelingseffecten,
- dat er aanwijzingen waren dat deze behandelingseffecten werden gemedieerd door afgenomen somatisering,
- de verminderde somatisering vooral leek te zijn bewerkstelligd door cognitieve herstructurering via blok 1 (lichaamsgerichte oefeningen, relaxatietraining en ademhalingsoefeningen en blok 2 (cognitief-educatieve informatie),
- van het blok sociale vaardigheidstraining geen effect kon worden aangetoond,
- de mogelijkheid van een eventueel groepsproces (de therapeutische factoren van Yalom) als therapeuticum niet uitgesloten kon worden,
- het behandelingsprogramma minder effect had op de affectieve klachten (angst, depressie en agressie).

Wat zijn de implicaties van deze bevindingen voor het behandelingsprogramma?

Bij de categorie van de patiënten met somatoforme stoornissen kan een blok sociale vaardigheidstraining binnen de groepsbehandeling achterwege blijven. De toegevoegde waarde hiervan kon namelijk niet worden aangetoond. Dit betekent uiteraard niet dat in individuele gevallen, waarin een aantoonbare relatie is tussen subassertiviteit en somatiseren, een sociale vaardigheidstraining geen zin zou

hebben.

De tijd die nu besteed werd aan sociale vaardigheidstraining kan beter besteed worden aan therapeutische technieken gericht op cognitieve herstructurering, waarvoor aanwijzingen werden gevonden dat deze een belangrijke rol spelen bij de therapieresultaten.

Zoals uit par. 4.3.3., 4.3.4. en 5.2.2. bleek, wordt binnen het gedragstherapeutische referentiekader en ook binnen de cognitieve benadering veel invloed toegekend aan vermijdingsgedrag (bijvoorbeeld: geruststelling krijgen, zichzelf controleren, medicatiegebruik ) als instandhoudende factor van somatoforme stoornissen. In ons eigen onderzoek werden aan deze operante gedragsaspecten geen geïndividualiseerde huiswerkopdrachten en besprekingen gekoppeld (zie par. 6.2.2.).

De groepsbehandeling zou waarschijnlijk aan effectiviteit kunnen winnen indien de cognitieve herstructureringstechnieken worden aangevuld met exposure en responsepreventie technieken via hoger genoemde huiswerkopdrachten. Op deze manier ontstaat een cognitief-gedragstherapeutisch groepsbehandelingsprogramma, met uit wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken interventies, vanuit de cognitieve en gedragstherapeutische benadering die gericht is op cognitieve herstructurering en doorbreken van klachtbestendige vermijdingsgedragingen. De wenselijkheid van deze combinatie van technieken wordt ook in de literatuur genoemd en toegepast bij met name de intramurale behandeling van pijnpatiënten (zie par. 5.2.2.).

Het behandelingsprogramma had geen duurzaam effect op de affectieve klachten angst, depressie en agressie. Een oplossing zou kunnen zijn hieraan meer expliciet aandacht te schenken door middel van cognitief-gedragstherapeutische interventies.

De mogelijkheid werd gesuggereerd dat groepsprocessen ook als therapeuticum hebben gefunctioneerd. De mate waarin dit het geval is geweest kon niet worden vastgesteld vanwege het ontbreken van controlemogelijkheden.

Groepsprocessen hebben betrekking op de interactionele en psychodynamische dimensie en sluiten aan op het psychodynamische referentiekader. Dit werpt de vraag op hoe een groepsdynamische groepsbehandeling bij patiënten met somatoforme stoornissen vanuit het psychodynamische referentiekader zich qua effectiviteit verhoudt tot een groepsbehandeling vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader zoals boven geschetst. Een vergelijkend onderzoek werd in de literatuur niet aangetroffen. De studies die betrekking hadden op de evaluatie van interactioneel-psychodynamische groepstherapieën bij patiënten met somatoforme stoornissen waren methodologisch van slechte kwaliteit. Teneinde de relatieve effectiviteit van beide vormen van groepsbehandeling bij deze patiënten te evalueren dient een vergelijkend onderzoek plaats te vinden met een wachtlijstgroep als controlegroep. De behandeling zou minimaal ongeveer 40 zittingen moeten duren om een groepsproces tot stand te kunnen laten komen. De evaluatie zou ook betrekking dienen te hebben op de meting van groepsproces variabelen om de relatie te kunnen leggen met de andere effectmetingen. Rekening houdend met de in de literatuur genoemde weerstand tegen psychologische behandelingen en afkeer van psychologische duidingen, is het wenselijk dat beide groepsbehandelingen evenals in ons eigen onderzoek het geval is geweest, beginnen met non-verbale lichaamsgerichte oefeningen waarna in de interactioneel-psychodynamische groep geleidelijk het accent kan verschuiven naar het groepsdynamische proces.

**Conclusie:** Een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling heeft positieve effecten bij de behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen. Deze effecten bieden een sterke meerwaarde boven de reguliere medische behandeling door de huisarts en/of medisch specialist. De verwachting is dat dit positieve behandelingseffect toeneemt indien in de groepsbehandeling de sociale vaardigheidstraining wordt vervangen door exposure en responsepreventie technieken uit het gedragstherapeutische referentiekader ter doorbreking van ongewenste vermijdingsgedragingen.

Betekenen deze onderzoeksresultaten dat dit groepsprogramma als vaste behandelingsvorm moet worden aangeboden in een algemeen ziekenhuis? Het antwoord hierop hangt af van een aantal factoren.

1. Patiëntenaanbod. Uit ons onderzoek bleek dat de gemiddelde wachttijd voorafgaande aan de indeling in de experimentele en de controlegroep gemiddeld negen weken bedroeg met een range van één tot 16 weken. Deze periode had betrekking op een aantal van 15 à 20 verwezen patiënten. Uitgaande van een groep van zeven à 10 patiënten betekent dit een gemiddelde wachttijd van 4 à 5 weken. Wachttijd was in ons onderzoek oorzaak van dropout van patiënten. Een nadeel van een groepsbehandeling kan dus zijn dat patiënten voortijdig afhaken vanwege een te lange wachttijd en dat ze vervolgens de medische consumptie elders weer voortzetten.

2. Aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen en andere as-1 stoornissen. Ons onderzoek beperkte zich tot patiënten waarbij primair sprake was van somatoforme stoornissen zonder ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Dit vanwege de verwachting dat patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen geen baat zouden hebben bij ons relatief korte groepsprogramma. Voor patiënten met somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen is ons programma derhalve niet geschikt.

3. Motivatie. De idee van een groepstherapie roept bij een aantal patiënten angstig makende fantasiën op met betrekking tot jezelf helemaal bloot moeten geven, de enige te zijn met deze klachten, afgewezen te worden, enzovoorts. Onze groepsbehandeling werd geïntroduceerd als een kortdurende cursus met het accent op het krijgen van inzicht en leren van vaardigheden. Desondanks haakten toch nog enkele patiënten af om reden van de groepsbehandeling en kozen voor een individuele behandeling. Niet alle patiënten vinden een groepsbehandeling dus een geschikte therapie voor zichzelf.

Tegenover deze nadelen van een groepsbehandeling staan ook voordelen:

- meer patiënten kunnen gelijktijdig behandeld worden (economisch principe),
- via de genezende factoren van Yalom kan de groepsbehandeling een surpluswaarde krijgen boven een individuele therapie,
- minder kans op een machtsstrijd met de hulpverlener doordat de patiënten hun gevoelens ook op elkaar projecteren.

Geconcludeerd kan worden dat indien er voldoende patiënten worden aangeboden met een somatoforme stoornis zonder ernstige persoonlijkheidsstoornissen of andere meer primaire as-1 stoornissen, die gemotiveerd zijn voor een groepsbehandeling en een eventuele wachttijd als acceptabel ervaren, een groepsbehandeling voordelen kan hebben boven een individuele therapie.

Zo nodig kan een carrousel aanpak gehanteerd worden, dat wil zeggen dat na afsluiting van een behandelmodule door middel van een tussentijdse evaluatie wordt bekeken of, en zo ja welke, een andere module bij de betreffende groep patiënten vervolgens geïndiceerd is.



## 9. Samenvattingen

### 9.1. Samenvatting

Deze studie heeft betrekking op de groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis. Het betreft een klinisch-psychologisch evaluatieonderzoek in de setting van een algemeen ziekenhuis.

In het inleidende hoofdstuk 1 wordt een verantwoording gegeven van het onderzoek. Gemeenschappelijk kenmerk van de somatoforme stoornissen die in de D.S.M.-III-R worden onderscheiden is de aanwezigheid van lichamelijke klachten zonder aantoonbare lichamelijke oorzaken, dan wel van een grote discrepantie tussen een somatische stoornis en de psycho-sociale consequenties daarvan met aanwijzingen of sterke vermoedens dat er een relatie is met psychologische factoren.

De verwachting dat psychologische interventies een bijdrage zouden kunnen leveren aan de reductie van de medische consumptie die zo kenmerkend is voor deze patiëntencategorie, is een belangrijke reden om deze categorie patiënten tot onderwerp van studie te nemen. De vraagstelling is: voegt een kortdurende gestructureerde groepsbehandeling een meerwaarde toe aan de reguliere medische behandeling.

Hoofdstuk 2 behandelt de classificatie en de fenomenologische beschrijving van de zeven onderscheiden somatoforme stoornissen, steeds geïllustreerd aan de hand van een casus. Geconcludeerd wordt dat de psychologische factoren die een rol spelen bij het ontstaan en instand houden van somatoforme stoornissen van cognitief-psychologische, psychodynamische en sociaal-psychologische aard zijn. Angst- en depressieve klachten komen hierbij veel voor en de medische consumptie is aanzienlijk.

In Hoofdstuk 3 wordt de epidemiologie en de differentiaal diagnostiek van de somatoforme stoornissen besproken. Nauwkeurige prevalentiecijfers over de onderscheiden somatoforme stoornissen ontbreken vanwege: verschillen in gebruikte meetinstrumenten en classificatiesystemen; representativiteit van de steekproeven. De somatisatiestoornis en de somatoforme pijnstoornis komen vaker voor bij vrouwen. Met uitzondering van de somatisatiestoornis kunnen de stoornissen op alle leeftijden ontstaan. Over de relatie tussen de somatoforme stoornissen en de variabelen sociale klasse, opleiding en intelligentie zijn geen duidelijke onderzoeksgegevens. Er zijn aanwijzingen dat de prognose bij de somatisatiestoornis, de verstoorde lichaamsbeleving en de somatoforme pijnstoornis ongunstiger is dan bij de overige somatoforme stoornissen. Het stellen van de diagnose somatoforme stoornis kan bemoeilijkt worden door problemen met betrekking tot de comorbiditeit en de differentiaal diagnostiek. Indien er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis gaat het vaak om afhankelijke, theatrale en borderline stoornissen. Door verschillende onderzoekers worden vraagtekens geplaatst bij de zinvolheid van een indeling in zeven vormen van somatoforme stoornissen vanwege de onderlinge overlap tussen de somatoforme stoornissen en de ongewenste in de classificatie gehanteerde dichotomisering van psychogene en somatogene determinanten van een stoornis. Deze indeling en de onderscheiden criteria hiervan blijken echter in de DSM-IV Draft Criteria niet essentieel veranderd.

Hoofdstuk 4 heeft betrekking op de etiologie van de somatoforme stoornissen. De etiologische factoren worden geanalyseerd in termen van antecedente, uitlok-

kende en consequente factoren. Ten aanzien van de antecedente factoren zijn er aanwijzingen dat lagere sociaal-economische klasse en lagere opleiding, ziekte, overlijden en pathologie in het stamgezin alsmede genetische factoren min of meer in verband kunnen worden gebracht met het voorkomen van somatoforme stoornissen. Een probleem bij veel van de hierop betrekking hebbende studies is dat het vaak gaat om klinische indrukken en (retrospectief) empirisch onderzoek zonder controlegroep, waardoor hooguit een correlatieve relatie aantoonbaar is. Een causale relatie is wel duidelijker aangetoond met betrekking tot cognities en copingstijlen. Uitlokkende gebeurtenissen spelen een rol bij het ontstaan van somatoforme stoornissen, doch deze rol wordt sterk medebepaald door de mediërende factor cognitie. Consequente factoren spelen een duidelijke rol bij het in stand blijven van de somatoforme stoornissen.

Vervolgens worden vier etiologische benaderingen besproken die in de literatuur worden aangetroffen ter verklaring van het ontstaan en in stand houden van somatoforme stoornissen. De drie belangrijkste zijn de psychodynamische benadering, de leertheoretische benadering en de cognitieve benadering. Over de existentieel-fenomenologische benadering wordt opgemerkt dat dit meer een zienswijze is dan een theorie.

In hoofdstuk 5 volgt een bespreking van effectstudies met als onderwerp de groepsbehandeling van patiënten met somatoforme stoornissen. De aangetroffen groepstherapieën blijken globaal genomen uit de volgende drie vormen te bestaan: educatief-steunende, gedragstherapeutische en interactioneel-psychodynamische groepstherapieën. Er wordt geconcludeerd dat deze groepstherapieën een positief effect hebben maar dat de mate en aard van dit effect niet steeds duidelijk is vanwege: diagnostische onduidelijkheden; onvoldoende gecontroleerd onderzoek; onvoldoende specificatie van de therapievormen. In dit hoofdstuk wordt ook aandacht besteed aan specifieke groepsbehandelingsaspecten, vorming van de groep en de prognose.

Hoofdstuk 6 beschrijft de vraagstelling en methode van het onderzoek in deze studie. Uit de literatuur blijken geen duidelijke aanwijzingen te vinden voor verschillende behandelingen voor de onderscheiden somatoforme stoornissen. Op grond van deze bevindingen wordt besloten tot een uniforme, op alle zeven vormen van somatoforme stoornissen van toepassing zijnde, kortdurende cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling bij poliklinische patiënten met een somatoforme stoornis. De kortdurendheid wordt gemotiveerd vanuit de overweging dat de ontwikkeling van kortdurende behandelingen vanwege de setting en veelheid van patiënten in een algemeen ziekenhuis bij voorbaat is gegeven. Inhoudelijk bestond de groepsbehandeling uit drie blokken. Blok 1 (drie bijeenkomsten): lichaamsgerichte oefeningen, relaxatieoefeningen en ademhalingsoefeningen. Blok 2 (zes bijeenkomsten): de bespreking van de individuele klachten van de groepsleden in termen van antecedente, faciliterende en consequente factoren. Via de groepsgesprekken werd getracht cognitieve herstructurering van de klachten te bewerkstelligen. Hierbij werd gebruik gemaakt van een werkboek. Ook werd gebruik gemaakt van gedragsexperimenten als bijvoorbeeld hyperventilatie provocatie. Blok 3 (zes bijeenkomsten): een sociale vaardigheidstraining vanuit de overweging dat sociale vaardigheidstekorten ook een klachtuitlokkende en klachtbestendige functie kunnen hebben.

Twee hypothesen werden getoetst. De eerste hypothese luidde: een groepsgerichte psychologische behandeling (experimentele groep) van poliklinische patiënten met somatoforme stoornissen voegt een gunstig effect toe aan de reguliere

medische behandeling (controlegroep) in termen van:

- vermindering van somatisering,
- vermindering van de aanmeldingsklachten,
- vermindering in bezoekfrequentie aan specialist en huisarts,
- vermindering van medicatiegebruik,
- toename van assertieve vaardigheden,
- toename van copingvaardigheden.

De tweede hypothese luidde dat indien afname van somatisering en toename van assertieve vaardigheden als gevolg van de groepsbehandeling optreedt dit eveneens leidt tot afname van angst, agressie en depressiviteit.

Er namen 51 patiënten met somatoforme stoornissen deel aan het onderzoek. Na een overzicht van de inclusie en exclusiecriteria, van de oorzaken van dropout en enkele belangrijke demografische en biografische gegevens van de patiënten wordt het gestandaardiseerde behandelingsprogramma nader beschreven. Het onderzoeksdesign is een pretest-posttest controlegroepdesign met gerandomiseerde toewijzing, via loting, van de patiënten naar de experimentele en de controlegroep. Er vonden herhaalde metingen plaats met behulp van meerdere (zelf)beoordelvragenlijsten: voormeting 1 bij het intakegesprek; voormeting 2 vlak voor het begin van de behandeling; de nameting na afloop van de behandeling en de follow-up meting vier maanden na afloop van de behandeling.

In hoofdstuk 7 worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Teneinde een indruk te krijgen van de ernst van de psychopathologie en de probleemgebieden van onze onderzoekspopulatie werden allereerst de normgroepen van enkele belangrijke meetinstrumenten met onze eigen onderzoeksgroep vergeleken. Op de meeste afhankelijke variabelen scoorde onze onderzoeksgroep hoog tot zeer hoog in vergelijking met de normgroep normale populatie.

Hypothese 1 kan grotendeels bevestigd worden: Als gevolg van de groepsbehandeling is er in vergelijking met de controlegroep sprake van significante afname van: somatiseren; verwijzingsklachten, psychoneuroticisme, bezoek aan huisarts/specialist, bijna significante afname van het medicatiegebruik en een significante toename van het actief aanpakken van problemen. De groepsbehandeling leidt niet tot een toename van de assertiviteit. Behalve van behandelingseffecten is ook sprake van verwachtingseffecten en van een follow-up effect.

Hypothese 2 wordt maar ten dele bevestigd. De depressieve klachten verminderen na de behandeling, terwijl de vermindering van de toestandsboosheid slechts een tijdelijk effect blijkt. Uit het onderzoek naar differentiële behandelingseffecten blijkt dat het programma weinig specifiek aangrijpt. Er is enige aanwijzing dat patiënten met een somatoforme pijnstoornis relatief het minste baat hebben bij de groepsbehandeling.

Uit een stepdownanalyse blijkt dat de positieve behandelingseffecten vooral worden veroorzaakt door de reductie in somatisering. Uit een correlatieonderzoek tussen de variabelen somatiseren, behandelingseffect en demografische variabelen, persoons- en klachtvariabelen blijkt een significante relatie tussen somatiseren en vroegere problemen in de puberteit, geplaagd worden op school en slechte studieprestaties. Ook blijkt er een samenhang tussen somatiseren en actuele problemen in de gezinssfeer en andere sociale situaties. Intelligentie correleert negatief met somatiseren en psychoneuroticisme. Er is ook een relatie tussen hogere schoolopleiding en positieve behandelingseffecten. Opgemerkt wordt dat alle correlatieve verbanden voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden vanwege de discutabele betrouwbaarheid van de interpretatie en scoring van de antwoorden



op de gebruikte biografische vragenlijst. Tijdens de looptijd van het onderzoek viel vanwege diverse reden een aantal patiënten uit in de experimentele en de controlegroep. Bij vergelijking van deze dropoutpatiënten met de patiënten die het onderzoek wel afronden blijkt geen sprake van selectieve uitval. Doordat geen informatie aanwezig is over eventueel wel verwezen patiënten maar die zich niet hebben aangemeld voor behandeling, kan niet met zekerheid worden vastgesteld dat onze onderzoeksgroep een representatieve steekproef is uit de populatie van patiënten met een somatoforme stoornis. Met betrekking tot de randomisatie blijken de statistisch niet significante verschillen tussen de experimentele groep (gemiddeld jongere leeftijd en meer mannen) en de controlegroep nauwelijks van invloed op de behandelingsresultaten. Alleen op de afhankelijke variabele depressie blijken jongere patiënten in de experimentele groep meer te verbeteren. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de bespreking van een succesvolle en een niet succesvolle behandeling.

Tot slot wordt in hoofdstuk 8 (discussie) kort ingegaan op het verwachtingseffect. Er worden mogelijke verklaringen gegeven voor het achterwege blijven van blijvende behandelingseffecten op de variabelen angst, agressie en depressie. Aannemelijk wordt gemaakt dat de groepsbehandeling haar effect vooral heeft gesorteerd via herstructurering van de cognities. Aan de afwezigheid van effect van de assertiviteitstraining is mogelijk een plafondeffect debet. In hoeverre groepsdynamische processen hebben bijgedragen aan het behandelingsresultaat kan door afwezigheid van hierop betrekking hebbende meetinstrumenten niet worden vastgesteld.

Enkele correlaties tussen demografische, persoons, klacht en psychologische variabelen worden besproken. De patiënten uit ons onderzoek scoorden hoog op de cluster C persoonlijkheidskenmerken van de DSM-III-R. Gesignaleerd wordt dat hypochondrische angsten bij patiënten met angst- en depressieve stoornissen vaak ook een belangrijke rol spelen waardoor de diagnosestelling soms bemoeilijkt wordt. Dit soort bevindingen, alsmede de constatering dat vaak dezelfde cognitieve processen een rol spelen bij de verschillende somatoforme stoornissen is voor een aantal onderzoekers reden geweest om vraagtekens te plaatsen bij de zinvolheid van de differentiatie in zeven vormen van somatoforme stoornissen. In de DSM-IV is echter deze differentiatie gehandhaafd.

De onderzoeker is in deze studie tevens de behandelaar. Aannemelijk wordt gemaakt dat er niettemin sprake is geweest van een redelijke betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Geconcludeerd wordt dat een relatief kortdurende groepsbehandeling vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader een effectieve methode is om de medische consumptie terug te dringen en dat deze behandeling een waardevolle aanvulling is op de reguliere medische behandeling van patiënten met somatoforme stoornissen. Betoogd wordt dat de bruikbaarheid van dit groepsbehandelingsprogramma als standaardvoorziening in een algemeen ziekenhuis afhangt van een aantal factoren zoals: voldoende aanbod van patiënten, afwezigheid van meer primaire as-1 stoornissen en as-2 persoonlijkheidsstoornissen, alsmede de bereidheid van patiënten een wachttijd te accepteren.

Geconcludeerd wordt dat de effectiviteit van de groepsbehandeling waarschijnlijk nog verhoogd zou kunnen worden door de cognitieve herstructureringstechnieken aan te vullen met exposure en response preventietechnieken, met weglating van de sociale vaardigheidstraining waarvan geen effect kon worden aangetoond.

## 9.2. Summary

This study concerns the group treatment of patients with a somatoform disorder. It is a clinical-psychological evaluation study in the setting of a general hospital.

In the introductory chapter 1 an account is given of this study. A common characteristic of the somatoform disorders which are distinguished in the DSM-III-R is the presence of physical complaints which cannot be explained by a known general medical condition, or otherwise when there is a great discrepancy between a medical disease and the social or occupational impairments with indications that psychological factors are at work.

An important reason to take this category of patients as the subject for this study is the expectation that psychological interventions can make a contribution to the reduction of the medical consumption which is so characteristic of this population of patients. The research question is formulated whether a time-limited, structured, group treatment may add a surplus value to a regular medical treatment.

Chapter 2 discusses the classification and the phenomenological description of the seven distinguished somatoform disorders, each one illustrated with a case. It is concluded that psychological factors which play a role in the onset and maintaining of the somatoform disorders are cognitive-psychological, psychodynamic and social-psychological of nature. Anxiety and depressive disorders are very frequent, while medical consumption is substantial.

Chapter 3 deals with the epidemiology and the differential diagnostic problems of the somatoform disorders. It appears that exact prevalence figures are lacking because of differences in used measuring instruments in classification systems and representativeness of the patient samples. The somatization disorder and the pain disorder are the more frequent with women. The somatoform disorders can start at all ages with the exception of the somatization disorder which should begin before the age of 30. There are no clear research data about the relation between the somatoform disorders and the variables social class, education and intelligence. There are indications that the prognoses of the somatization disorder, the body dysmorphic disorder and the pain disorder are more unfavourable than those of the remaining somatoform disorders. Making a somatoform disorder diagnosis can be complicated by problems concerning the comorbidity and the differential diagnostics. The dependent, the histrionic and the borderline personality disorders are more frequent if personality disorders are present. A number of researchers have doubts about the significance of a differentiation in seven forms of somatoform disorders, because of the similarities between the somatoform disorders and because of the undesirable dichotomisation of psychological and somatic determinants of a disorder. The differentiation in these seven forms of somatoform disorders and its different criteria appear not to have been essentially changed in the DSM-IV draft criteria.

Chapter 4 concerns the etiology of the somatoform disorders. The etiological factors are analyzed in terms of antecedent, eliciting and consequent factors. With respect to the antecedent factors there are some indications that lower social class and education, illness and death and psychopathology in the family, as well as genetical factors have some relationship with the prevalence of somatic disorders. A problem with many of the studies involved is the fact that they often concern clinical impressions and retrospective empirical investigations without control groups, as a result of which a correlational relation can be demonstrated. A causal relation has been demonstrated with regard to cognitions and coping styles.

Eliciting events play a part in the origin of somatoform disorders, but this is strongly codetermined by the mediating factor cognition. Consequent factors play a part in maintaining somatoform disorders. Next, four etiological theories are discussed for the explanation of the origin and maintaining of the somatoform disorders. The three most important theories are the psychodynamic, the learning, and the cognitive theory. The existential-phenomenological theory is said to be a way of thinking rather than a theory.

In chapter 5 a discussion follows of the effect studies concerning the group treatment of patients with somatoform disorders. The group therapies in the literature appear to consist of three kinds: educational-supportive, behavioral, and interactional-psychodynamic group therapies. It is concluded that these group therapies have positive effects but that the measure and nature of these effects are not always clear because of diagnostic indistinctness, insufficiently controlled research, and inadequate specification of the therapy forms. In this chapter attention is also given to specific group treatment aspects, the formation of the group and the prognosis.

Chapter 6 concerns the research question and method of our own study. From the literature no clear indications arise for different treatments for the various somatoform disorders. On account of these findings it is decided that for all seven forms of somatoform disorder one treatment will be chosen: a uniform, time-limited, cognitive-behavioral group treatment for ambulant patients. The time limitation is motivated from the consideration that the development of time-limited treatments is desirable because of the setting and multitude of patients in a general hospital. The group treatment itself consisted of three parts. Part 1 (three sessions) consist of body exercises, relaxation and breathing exercises. Part 2 (six sessions) consist of the discussion of the individual complaints of the group members in terms of antecedent, eliciting, facilitating and consequent factors. By way of the group discussions it was tried to accomplish cognitive restructuring of the complaints. At this point a workbook was used. Behavioral experiments, such as hyperventilation provocation, were also applied. Part 3 (six sessions) was a training in social skills in consideration of the fact that social deficits can also have an eliciting and maintaining effect on the complaint. Two hypotheses were tested. The first hypothesis was that a group therapy (experimental group) of ambulant patients with somatoform disorders has a surplus value above the regular medical treatment (control group) in terms of:

- reduction of somatization behavior,
- reduction of the initial complaints,
- reduction in the visits to the medical specialist and general practitioner,
- reduction in the use of medication,
- increase of assertive behaviors,
- increase of coping behaviors

The second hypothesis was that when the group treatment succeeds in a reduction of somatization and an increase in the assertive skills, this will also lead to a reduction of anxiety, aggression, and depression. Fifty-one patients with somatoform disorders took part in the investigation. A survey of the inclusion and exclusion criteria, of the reasons for dropping out, and an overview of some important demographic and biographic data of the patients, precedes a description of the group treatment program. The experimental design is a pretest-posttest control group design with randomised assignment by drawing of lots. There were repeated measurements with the help of a number of selfreport questionnaires: pre-

measurement 1 at the intake, premeasurement 2 just before the start of the group treatment, the postmeasurement at the end of the four month group treatment, and the follow-up four months after the postmeasurement.

In chapter 7 the results of the study are described. In order to get an impression of the seriousness of the psychopathology and the number of problem areas of our research population the norm groups of some important measurement instruments were compared with our own patient population. On most of the dependent variables our patient population scored high to very high in comparison with the norm group normal population. Hypothesis 1 can be largely confirmed. As a result of the group treatment there are, in comparison with the control group, significant reductions of: somatization, initial complaints, psychoneuroticism, number of visits to the medical specialist and general practitioner. Furthermore, there is an almost significant reduction in the use of medication and a significant increase in the active dealing with problems. The group treatment does not lead to an increase of assertiveness. In addition to treatment effects there are also expectation effects and a follow-up effect. Hypothesis 2 is only partly confirmed. The complaints of depression do lessen after the treatment, whereas the decrease of the state hostility appears to be only a temporary effect. From the analysis of the differential treatment effects it appears that the treatment program has few specific effects. There are some indications that patients with pain disorder relatively get the least benefit from the group treatment. From a stepdown analysis it appears that the positive treatment effects are mainly caused by the reduction in somatization. An analysis of correlations between variables (somatization, treatment effect, demographic, personal, and complaint variables) produces a significant relation between somatization and earlier problems in puberty, being teased at school and bad study results. There is also a relationship between somatization and current problems in the family and other social situations. Intelligence correlates negatively with somatization and psychoneuroticism. There is also a relation between higher education and positive treatment effects. It is pointed out that all correlations must be interpreted with caution because of the relative lack of reliability in the interpretation and the scoring of the used biographic questionnaire. During the course of the study a number of patients dropped out in the experimental and control group for a number of reasons. A comparison between the dropout patients and the patients who completed the treatment program provided no selectivity in the drop out of these patients. Since no information is available on any patients who were referred yet refused to come for treatment, it could not be concluded with certainty that our group of patients is a representative sample out of the population of patients with somatoform disorders. With regard to the randomization, the statistically not significant differences between the experimental group (which is on average younger and contains more men) and the control group hardly appear to be of any influence on the treatment results. It is only on the dependent variable depression that younger patients in the experimental group did better. This chapter is concluded with a discussion of a successful and an unsuccessful treatment.

In the final chapter (chapter 8, discussion) some attention is paid to the expectancy effect. Some possible explanations are given for the absence of lasting treatment effects on the variables anxiety, aggression, and depression. Arguments are provided in favour of the conclusion that the group treatment has had its effect by way of the restructuring of cognitions. A ceiling effect is possibly the explanation for the absence of an effect of the social skill training. To what extent group

dynamic processes have contributed to the treatment results cannot be established because of the absence of measuring instruments with regard to these variables. Some correlations between demographic, personal, complaint and psychological variables are discussed. The patients from our study scored high on the cluster C personality traits of the DSM-III-R. It is noticed that in patients with anxiety and depressive disorders hypochondrical fears often play an important part because of which making a diagnosis may be hampered. This kind of findings, together with the establishment that the same cognitive processes often play a part in different somatoform disorders has been enough reason for a number of researchers to have doubts about the significance of the differentiation in the seven forms of somatoform disorders. This differentiation, however, is maintained in the DSM-IV. In our study the researcher is at the same time the therapist. Nevertheless, a reasonable case is made for the research results being reasonably reliable. It is concluded that a relatively time-limited group treatment out of a cognitive-behavioral frame of reference is an effective treatment method to reduce medical consumption and that this treatment is a valuable supplement to the regular medical treatment of patients with somatoform disorders. It is argued that the usefulness of this group treatment program as a standard provision in a general hospital depends on a number of factors such as: sufficient supply of patients, absence of more primary axis-1 disorders and axis-2 personality disorders, as well as the willingness of patients to accept a waiting time. It is concluded that the effectivity of the group treatment can probably be enhanced by adding exposure and response prevention techniques to the cognitive restructuring techniques, with the omission of the social skill training of which no effect could be demonstrated.

## **Bijlage 1:**

Diagnostische criteria van de somatoforme stoornissen. (Uit: Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-III-R, vertaald door G.A.S. Koster van Groos, in een uitgave van Swets en Zeitlinger (1988).

### **1. Verstoorde lichaamsbeleving**

- a. Preoccupatie met een of andere vermeende aantasting van het uiterlijk bij iemand die er normaal uitziet. Indien er een geringe lichamelijke afwijking bestaat, is de ongerustheid van de betrokkene schromelijk overdreven.
- b. De overtuiging heeft niet de intensiteit van een waan, zoals bij een waanstoornis, somatische vorm (d.w.z. iemand kan toegeven dat het mogelijk is dat hij of zij de ernst van het defect overdrijft of dat er helemaal geen sprake is van een defect).
- c. Komt niet uitsluitend voor in het verloop van anorexia nervosa of transsexualiteit.

### **2. Converslestoornis**

- a. Verlies van, of de verandering in lichamelijke functies wat zou kunnen wijzen op een lichamelijke aandoening.
- b. Psychische factoren worden verondersteld in etiologische zin samen te hangen met het symptoom wegens een verband in de tijd tussen een psychosociale stressfactor die kennelijk samenhangt met een psychisch conflict of verlangen en het begin of de exacerbatie van het symptoom.
- c. Betrokkene is zich niet bewust van het opzettelijk tonen van het symptoom.
- d. Het symptoom is niet een binnen de cultuur geaccepteerde vorm van reageren en kan niet, na voldoende onderzoek, verklaard worden door een bekende lichamelijke aandoening.
- e. Het symptoom is niet beperkt tot pijn of een sexuele functiestoornis.

### **3. Hypochondrie**

- a. Preoccupatie met de vrees of overtuiging een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op de interpretatie van lichamelijke verschijnselen of gewaarwordingen, die voor betrokkene een bewijs van lichamelijke ziekte zijn.
- b. Gericht lichamelijk onderzoek geeft geen steun aan de diagnose van enige lichamelijke ziekte die de lichamelijke verschijnselen of gewaarwordingen of de onjuiste interpretatie ervan kan verklaren en de verschijnselen van a. zijn niet lou-

ter symptomen van paniekaanvallen.

c. De vrees of overtuiging een ziekte te hebben blijft aanwezig ondanks geruststelling door de arts.

d. De duur van de stoornis bedraagt tenminste 6 maanden.

e. De overtuiging in a. heeft niet de intensiteit van de waan zoals bij een waanstoornis, somatische vorm (d.w.z. iemand kan toegeven dat het mogelijk is dat zijn of haar angst of overtuiging een ernstige ziekte te hebben ongegrond is).

#### **4. Somatisatiestoornis**

a. Een anamnese van vele lichamelijke klachten of de overtuiging dat hij/zij ziek is, beginnend voor het dertigste jaar en verscheidene jaren durend.

b. Tenminste dertien symptomen uit de lijst van symptomen die hieronder vermeld worden. Om een symptoom als kenmerkend te beschouwen moet aan de volgende criteria worden voldaan:

1 geen organische pathologie of pathofysiologisch mechanisme (bijvoorbeeld een lichamelijke aandoening of de gevolgen van een verwonding, medicatie, drugs of alcohol) is verantwoordelijk voor het symptoom, of, indien er toch een verband is met de organische pathologie, dan is de klacht of de daarmee samenhangende sociale of beroepsmatige tekortkoming uiterst overdreven in vergelijking met wat verwacht zou kunnen worden op grond van de lichamelijke bevindingen.

2. niet uitsluitend voorkomend tijdens een paniekaanval,

3. heeft betrokkene ertoe gebracht medicamenten te gebruiken (andere dan een eenvoudige pijnstiller), een arts te raadplegen of de levensstijl te veranderen.

Symptoomlijst:

##### *gastro-intestinale symptomen*

1. braken (anders dan tijdens de zwangerschap)
2. buikpijn (anders dan tijdens de menstruatie)
3. misselijkheid, (anders dan reis- of zeeziekte)
4. opgeblazen gevoel in de buik
5. diarree
6. kan verschillende voedingsmiddelen niet verdragen (wordt er misselijk van).

##### *pijnsymptomen:*

7. pijn in de extremiteiten
8. pijn in de rug
9. pijn in de gewrichten
10. pijn bij het urineren

11. andere pijn (behalve hoofdpijn).

*cardiopulmonaire symptomen:*

- 12. kortademigheid zonder inspanning
- 13. hartkloppingen
- 14. pijn op de borst
- 15. duizeligheid

*conversie- of pseudoneurologische symptomen:*

- 16. amnesie
- 17. slikklachten
- 18. verlies van de stem
- 19. doofheid
- 20. dubbelzien
- 21. wazig zien
- 22. blindheid
- 23. flauwvallen of verlies van bewustzijn
- 24. toevallen of convulsies
- 25. loopstoornis
- 26. verlamming of spierziekte
- 27. urineretentie of moeite met urineren.

*Psychosexuele symptomen gedurende het grootste deel van het leven na kansen op sexueel contact:*

- 28. branderig gevoel aan de geslachtsorganen of het rectum (anders dan tijdens de coïtus)
- 29. onverschillig ten opzichte van de sexualiteit
- 30. pijn tijdens de coïtus
- 31. impotentie.

*Symptomen betreffende de vrouwelijke geslachtsorganen waarbij betrokkene meent dat de klachten bij haar vaker voorkomen en heviger zijn dan bij de meeste andere vrouwen:*

- 32. menstruatiepijnen
- 33. onregelmatige menstruatie
- 34. overmatig bloedverlies
- 35. braken tijdens de zwangerschap.

**5. Somatoforme pijnstoornis**

- a. Preoccupatie met pijn gedurende tenminste 6 maanden.
- b. Ofwel (1) of (2):
  - 1. gericht onderzoek toont geen organische pathologie of patho-fysiolo-



gisch mechanisme (bijvoorbeeld een lichamelijke stoornis of de gevolgen van een verwonding) die de pijn kan verklaren

2. indien er een verband is met organische pathologie, dan is de klacht over de pijn of de daarmee samenhangende sociale of beroepsmatige tekortkoming uiterst overdreven in vergelijking met wat verwacht zou kunnen worden op grond van de lichamelijke bevindingen.

## **6. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis**

a. Een of meer lichamelijke klachten, bijvoorbeeld vermoeidheid, verlies van eetlust, gastro-intestinale of mictieklachten.

b. Ofwel (1) ofwel (2):

1. gericht onderzoek toont geen organische pathologie of pathofysiologisch mechanisme (bijvoorbeeld een lichamelijke aandoening of de gevolgen van een verwonding, medicatie, middelen of alcohol) die de lichamelijke klachten kan verklaren

2. indien er een verband is met organische pathologie, dan is de klacht of de daarmee samenhangende sociale of beroepsmatige tekortkoming uiterst overdreven in vergelijking met wat verwacht zou kunnen worden op grond van de lichamelijke bevindingen.

c. De duur van de stoornis bedraagt tenminste 6 maanden.

d. Komt niet uitsluitend voor in het verloop van een andere somatoforme stoornis, een seksuele dysfunctie, een stemmingsstoornis, een angststoornis, een slaapstoornis of een psychotische stoornis.

## **7. Niet anders omschreven somatoforme stoornis**

Stoornissen met somatoforme symptomen die niet voldoen aan de criteria van een specifieke somatoforme stoornis of aanpassingsstoornis met lichamelijke klachten.

Voorbeelden:

1. een stoornis met niet- psychotische hypochondrische symptomen met een duur van minder dan 6 maanden

2. een stoornis met lichamelijke klachten, die geen verband hebben met stressfactoren, met een duur van minder dan 6 maanden.

Auteur	Psychoopathologie	N	Therapieuur	Meetinstrument	Resultaten
Malley, Ogston (1964)		8	meerdere jaren 1 x 1,5 uur p.w. 3 jaar lang	ja	opvallende reductie klin. visites.
Friedman, Jelly, Jelly (1974)	somatoforme en psychosom. klachten	6	1 x 1,5 uur p.w. 20 sessies	neen	4 van de patiënten klachtenvrij. 1 verbeterd. 1 licht verbeterd.
Van Weel (1966)	lichamelijke klachten zonder lich. oorzaken	66	1 x 2,5 uur p.w. 8 sessies.	ja	afname psychofarmaca en huisartsenbezoek. hoge mate van tevredenheid.
Groen, Pelsers (1960)	psychosomatische klachten (astma)	33	2 sessies van ca. 75 min. gedurende 2 jaar en 4 jaar	onb.	symptomatische verbetering, afname mortaliteit
Buchanan (1978)	psychosomatische en somatische klachten	15	onbekend	onb.	bemoedigende resultaten.
Oudheusden, Keyzers Gerards, Groenman, (1988)	chronisch lage rugpijn	30	7 lessen van 2,5 uur p.w. + herhalingsles	ja	significante verbetering, ook bij de F.O.-meting.
Roskin, Mehr, Rabiner, Rosenberg (1980)	chronisch somatiserende patiëntende	9	1 x 1,5 uur p.w. 1 jaar	onb.	nog lopende therapie. Echter reeds afnemende. somatisering en verbeterend psch. functioneren.
Valko (1976)	somatisatiestoornis	17	1 x 1,5 uur p.w. gedurende 1 jaar.	onb.	afname somatisering, medicatiegebruik, artsbezoek en verbeterde stemming.
Apfel-Savitz, Silverman, Bennett (1977)	psychosomatische klachten	6	2 x p.m. gedurende 2 jaar.	onb.	vermindering somatische klachten en toename interactionele vaardigheden.
Dwan, Nesbitt (1978)	hypochoondrie	-	1 x per 14 dagen.	onb.	Vermindering poliklinische bezoeken en toename ziektebesef.

Auteur	psychopathologie	N	Therapie duur	Meet	Resultaten
Schoenberg, Senescu (1966)	chronisch multiple somatiseren	7	1 x 1,5 uur p.w. gedurende 18 maand	ja	bij F.O. na 5 jaar daling gebruik kliniek-faciliteiten.
Sellschopp, Rüppell (1977)	psychosomatische en psychoneurotische klachten	45	5 x p.w. 1 uur gedurende 3 mnd.	ja	onduidelijke resultaten.
Thöne (1986)	somatoforme en psychosomatische stoornissen	44	1 x 2 uur p.w. 25 à 30 sessies. Gemiddeld 9 maand.	neen	verdwijnen somatische fixatie.
Roberts (1977)	psychosomatische, psychoneurotische en pijnklachten. Merendeels psychosom. klachten	20	1 x 1,5 uur p.w.	neen	onbekend
Von Rad, Werner (1981)	psychosomatische, psychoneurotische en somatoforme klachten	52	onbekend	ja	verbetering van zelfwaardering en autonomie.
Melson, Rynaer-son, Dortzbach, Clarke, Snijder (1982)	merendeel van pat. had angst en depressieve stoornissen. 5 % had somatoforme stoornissen.	60	5 dagen p.w. gedurende gemiddeld 3 weken.	ja	aanzienlijke tot milde verbetering qua psychopathologie en psychosociale attitudes. Resultaten bij F.O. na 6 mnd. gehandhaafd.
Rüger (1986)	psychosomatische klachten	22	3 mnd. kliniek, 2,5 mnd polikliniek.	ja	onbekend
Stein, Steinhardt, Cutler (1955)	psychosomatische klachten	12	1 sessie p.w. gedurende 18 maand	onb.	bij 9 van de 12 patiënten aanzienlijke tot lichte verbetering van de klachten. Bij de overige 3 pat. geen verandering.
Ford, Long, (1977)	psychosomatische en somatoforme stoornissen.	30	1 x p.w. 75 min. gedurende 2-7 jaar	onb.	Leren uiten van emoties en toename van ziekteinzicht. Verbetering interpersoonlijke relaties.
Peters, Grünbaum (1977)	hulpverlenende somatiserende klagers.	5	onbekend	onb.	verbetering in communicatie en vermindering van klaaggedrag.

# Bijlage 4: Gedragstherapeutische groepstherapieën

Auteur	Psychopathologie	N	Therapieduur	Meet	Resultaten
Moonen, Beekers (1984)	functionele en somatoforme klachten	39	6 sessies van 2,5 uur	ja	79% van de patiënten neemt deel aan de aansluitende vaardigheidstherapieën. Trend tot verbetering in lich. klachten.
Von Krause, Ebert, Czeschick, Muller (1977)	somatoforme klachten, 10 psychosomatische klachten en gewichtsproblemen	10	18 sessies	ja	afname klachten
Pinsky (1978)	chronisch pijnsyndroom	200	60 uur, 7 weken	onb.	afname klachten
Lipowsky (1988)	persisterende somatiseerders	200	6-12 weken	onb.	wisselend succes
Wooley, Blackwell, Winget (1978)	multiple stoornissen, w.o. psychosomatische en somatoforme stoornissen	300	onbekend	ja	bij F.O. na 1 jaar was bij een groep van 36 patiënten sprake van: 14 succesvolle behandelingen, 12 gedeeltelijk succesvol en 10 mislukkingen
Puder (1988)	chronische pijnklachten	69	10 wekelijkse sessies van 2 uur.	ja	zowel bij nameting als wel bij F.O. bleken o.a. verbeterde coping en afname medicatiegebruik
Gamsa, Braha, Catchlove (1985)	chronische pijn	10	10 wekelijkse sessies van 1,5 uur	onb.	aanwijzingen voor zich makkelijker uiten, verbeterde coping en assertiviteit.
Moore, Chaney (1985)	chronische pijn	43	8 wekelijkse sessies van 2 uur	ja	afname somatisering en gezondheidszorggebruik. Verbeterd psychisch en fysiek functioneren. Deze resultaten bleven gehandhaafd bij F.O. 3-7 mnd. later.
Skinner (1990)	chronische pijn	39	1 sessie per week gedurende 7 weken	ja	significante afname van pijn.
Fennis, Bleijen-Hermans van Wordragen, Fennis (1990)	functionele buikpijn	13-	8 wekelijkse sessies van 2 uur	ja	significante verbetering op psychologische variabelen agressie, angst en neuroticisme. Significante reductie van zelfgeresisteerde buikpijnklachten qua intensiteit en frequentie. De verbetering op de psychologische en somatische variabelen liep niet parallel.
De Bruyn-Kolman, Groenman (1989)	spanningshoofdpijn	40	1 sessie p.w. van 1 tot 1,5 uur gedurende 10 tot 20 weken	ja	significante hoofdpijnreductie.

## **Bijlage 5**

### **BIOGRAFISCHE VRAGENLIJST**

Hieronder treft u een aantal vragen aan.

Wilt u deze vragen zo volledig en duidelijk mogelijk proberen te beantwoorden.

**Persoonlijke gegevens:**

**Naam en voornamen:**

**Geboortedatum en geboorteplaats:**

**Adres:**

**Man/Vrouw:**

**Beroep:**

**Burgerlijke staat: ongehuwd/gehuwd/samenwonend/gescheiden/  
weduwe/weduwenaar**

**Eventueel partner: leeftijd en beroep:**

**Aantal kinderen:**

**Geloofsovertuiging:**

**Door wie werd u verwezen:**

**Huisarts:**

# **1 Klachten**

## **1.1 Aard, aantal**

- Beschrijf met eigen woorden uw klachten/problemen waarvoor u hulp zoekt.

## **1.2 Ontstaansgeschiedenis**

- Wanneer zijn de klachten/problemen ontstaan?

- Welke omstandigheden gingen eraan vooraf? Speelden er toen belangrijke gebeurtenissen in uw leven?

Vonden er veranderingen plaats in relaties binnen/buiten uw gezin ten tijde van het begin van uw klachten?

Dreigden er eventuele veranderingen plaats te vinden?

- Wat is volgens u de aanleiding geweest voor het ontstaan van uw klachten/problemen? Zijn uw klachten ineens of geleidelijk aan ontstaan?

- Onder welke omstandigheden zijn uw klachten het ergst?  
het minst erg?

Wat lokt de klachten/problemen uit?

Wat onderdrukt de klachten?

- Zijn de klachten/problemen constant of wisselend aanwezig?

- Wat gebeurt er als de klacht/het probleem optreedt?

Welke mensen zijn erbij betrokken en hoe reageren deze op u en op elkaar?

- Wat zijn de gevolgen van uw klachten/problemen?

Welke veranderingen zijn er opgetreden als gevolg van uw klachten/problemen?

Hoe reageert uw omgeving?

- Hoe zijn de huidige relaties tussen de gezinsleden of familie?

Zijn deze relaties t.g.v. van uw klachten/problemen veranderd?

Welke relaties bestaan er tussen uw gezinsleden en personen daarbuiten i.v.m. uw problemen?

- Welke eventuele voordelen zou u van uw klachten kunnen hebben?

Gebruikt u uw klachten wel eens om: aandacht te krijgen, verantwoordelijkheid te ontlopen, ontzien te worden, anders ....

- Ervaart u uw klachten/problemen als iets wat u overkomt of ook als iets waar u zelf mede verantwoordelijk voor bent?

Hoe verklaart u uw problemen?

- Hoe verklaren volgens u uw gezinsleden of familie/kennissen uw klachten/problemen?

- Hoe staat u ten opzichte van ziekte en gezondheid?

- Hebt u ooit zelfmoord overwogen?

- Hebt u ooit eerder klachten/problemen gehad?

- In welke periode van uw leven voelde u zich het slechtst?

Hoe functioneerde u toen?

In welke mate waren daar andere personen bij betrokken waar u wel/geen hulp van kreeg?

Hoe goed/slecht bent u uit deze moeilijke periode tevoorschijn gekomen?

- In welke periode van uw leven voelde u zich het beste?

Wat hebt u daaraan beleefd?

In welke mate waren daar anderen bij betrokken?

- Als u terugkijkt op uw leven tot nu toe, ziet u dan patronen die steeds weer terugkomen in uw levensverhaal en zo ja wilt u deze dan beschrijven?

## **2. Eerdere hulpverlening, therapieverwachting**

- Hebt u reeds hulp gezocht en gekregen?

- Hoe kwam deze hulpverlening tot stand?

- Waaruit bestond deze hulpverlening?

Bij wie?

Wanneer?

En wat was het resultaat?

- Welke oplossingen voor uw klachten/problemen hebben het meest geholpen?

- Wat doet u om uw klachten/problemen te verminderen?

Medicijnen, alcohol, uitgaan, thuisblijven, slapen, roken, zich verzetten etc.

- Waarom zoekt u nu hulp?

- Wat hoopt u met een therapie te bereiken?

- Wat verwacht u daarbij van de therapeut?

Welke eigenschappen zou deze moeten hebben?

- Bij welk gedrag van de therapeut voelt u zich het prettigst?

Het minst prettig?

### **3.       Achtergrond, levensgeschiedenis**

#### **3.1       Lichamelijke gezondheid**

- Hoe was de gezondheid van uw moeder tijdens de zwangerschap?
- Hoe verliep uw geboorte?
- Hoe was uw vroege ontwikkeling (drinken, groei, lichamelijke ontwikkeling, zitten, staan, lopen, zindelijkheid, etc.)?
- Hoe verliep uw lichamelijke gezondheid als kind? (kinderziektes, ongevallen, ernstige ziektes, ziekenhuisopnamen e.d.)
- Omschrijf uw ontwikkeling in de puberteit tot volwassenheid.
- Hoe verliepen uw eigen zwangerschappen?
- Hoe verliepen voor u de overgangsjaren?

#### **3.2       Psycho-sociaal**

##### **3.2.1   Ouderlijk gezin**

- Vader: naam:  
Leeftijd:  
Indien overleden:  
Wanneer en op welke leeftijd?  
Hoe oud was u toen vader overleed?  
Beroep vader:
- Moeder: naam:  
Leeftijd:  
Indien overleden:  
Wanneer en op welke leeftijd  
Hoe oud was u toen moeder overleed?  
Beroep moeder:
- Aantal kinderen in ouderlijk gezin:  
Namen:  
Sexe:  
Leeftijd:  
Beroep:
- Waren er vroeger inwonende familieleden?  
(grootouders, ooms/tantes)
- Hoe was vroeger het contact met uw ouders?  
Hoe is dat nu?



- Hoe beleefde u uw ouders vroeger?  
Hoe beleeft u uw ouders nu?

- Omschrijf de sfeer van uw ouderlijke gezin waarin u opgroeide.

- Als u terugblijkt op uw jeugd was deze dan meer gelukkig of ongelukkig?  
Omschrijf dit nader.

- Hoe werd u door uw ouders bejegend?

- Omschrijf de persoonlijkheden van uw ouders.  
Wie domineerde wie?

-Hoe waren de contacten met uw broers/zusters vroeger?  
Hoe zijn deze contacten momenteel?

- Waren/zijn uw vader en/of moeder overbezorgd en overbeschermend  
jegens u of uw broers/zusters?

- Had u vaak het gevoel dat u of uw broers/zusters vroeger te weinig aandacht kreeg/kregen van uw vader en/of moeder?  
En nu?

- Hebt u ernstige gebeurtenissen meegemaakt in uw jeugd die nog steeds van invloed zijn op uw geluk in uw huidige leven?

- In hoeverre speelt de godsdienst een rol in uw leven?

- Had u als kind last van:  
Nagelbijten, angsten, nachtmerries, stotteren, duimzuigen, bedwateren, slaapproblemen, contactproblemen, gedragsproblemen, heimwee?  
(omcirkel hetgeen van toepassing is) Eventuele andere klachten? .....

- Vervulde u een speciale rol in het ouderlijk gezin?  
b.v. hulp van vader/moeder, oplosser van problemen, clown, etc.

- Als er een ernstige ziekte/overlijden is geweest in het ouderlijk gezin,  
wilt u dit dan omschrijven?  
Hoe reageerde u?

- Hoe ging men in uw ouderlijk gezin om met ziekte?

- Zijn er in uw ouderlijk gezin/familie ernstige psychische problemen  
geweest?

### 3.2.2 School

Omschrijf hieronder de scholen en opleidingen die u hebt doorlopen:

**Leeftijd:**

**School/opleiding:**

**Diploma:**

**- Wat waren uw 'goede' en 'slechte' vakken?**

**Bleef u wel eens zitten?**

**- Omschrijf uw prestaties.**

**- Hoe was het contact met de medeleerlingen?**

**en uw docenten?**

**- Hebt u ooit gedragsproblemen gehad op school, zo ja welke?**

**- Werd u op school vaak geplaagd?**

**Had u op school een bijnaam?**

### **3.2.3 Werk**

**- Omschrijf hieronder de werkkringen die u hebt gehad:**

**Leeftijd: beroep/functie: Reden van verandering:**

**- Wat zijn uw huidige werkzaamheden?**

**- Hoe bevredigend vindt u uw huidige werk?**

**- Wat waren uw motieven voor uw huidige beroepskeuze?**

**- Omschrijf uw verhouding met collega's en uw superieuren.**

**- Hoe acht u uw gezinsinkomen:**

**zeer onvoldoende/onvoldoende/voldoende/ruim voldoende.**

**- Indien u niet werkt; sedert wanneer?**

**Wat is hiervan de reden?**

### **3.2.4 Sexuele ontwikkeling**

**- Hoe stonden uw ouders ten opzichte van de sexualiteit?**

**- Werd er vroeger thuis openlijk over sexualiteit gepraat?**

**-Wanneer en van wie heeft u sexuele voorlichting gehad?**

**- Wanneer beleefde u voor het eerst sexuele gevoelens?**

**- Hoe staat u nu ten opzichte van sexualiteit?**

**- Hoe waardeert u uw heterosexuele en/of homoseksuele ervaringen?**

- Hebt u ooit problemen gehad bij uw seksuele contacten?
- Ervaart u ooit angst of schuldgevoelens in relatie tot seksualiteit?  
Hebt u dit vroeger ervaren?
- Hoe tevreden bent u met uw huidige seksuele leven?

### 3.2.5 Huwelijk en gezin

- Sedert wanneer bent u gehuwd?
- Bent u eerder gehuwd geweest of samenwonend?
- Hoe lang kende u uw huidige partner alvorens u huwde/ging samenwonen?
- Als u kinderen hebt, wilt u dan onderstaande invullen:  
Naam:  
Geslacht:  
Leeftijd:  
Woonsituatie:  
School:  
Werk:  
Karakter:
- Omschrijf de persoonlijkheid van uw partner.
- Op welke gebieden stemt u met uw partner overeen?
- Op welke gebieden stemt u niet met uw partner overeen?
- Hoe is de gezondheid van uw partner?
- Is uw partner ooit behandeld geweest i.v.m. psychische problemen/  
lichamelijk problemen?
- Heeft u problemen met één of meer van uw kinderen?
- Omschrijf de verhoudingen tussen de leden van uw gezin.  
indien er sprake is van strijd en 'kampvorming', omschrijf dit dan nader.
- Zijn er eventuele inwoningsmoeilijkheden of geldzorgen?
- Hoe kwam uw partner-keuze destijds tot stand? Wat vond u zo aantrekkelijk in hem/haar?
- Wat vond uw partner zo aantrekkelijk in/aan u?  
Hoe leerde u elkaar kennen?

- Beschrijf het gezin van afkomst van uw partner en vergelijk dit met uw eigen gezinsafkomst.

Wat zijn daarin de overeenkomsten?

Wat zijn daarin de verschillen?

- Hoe kwam de beslissing tot kinderen willen hebben tot stand?

- Geef door middel van een kruisje de mate van tevredenheid aan op de volgende gebieden van uw huwelijk/samenwonen:

	ontevreden	tevreden
	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- besteding van het inkomen
- werk
- huishouding
- kinderopvoeding
- vrijetijdsbesteding
- vrienden en kennissen
- levensovertuiging van partner
- temperament en karakter van partner
- aandacht van partner
- aangetrokken voelen
- vertrouwen
- jaloezie
- toestaan van vrijheid
- tederheid en intimiteit
- buitenechtelijke relatie(s)
- omgang met schoonfamilie
- persoonlijke eigenaardigheden van uw partner.

### 3.2.6 Sociale relaties

-Omschrijf de belangrijkste relaties uit uw leven tot nu toe en geef aan wat u hieraan beleeft, beleefd hebt.

### 3.2.7 Vrijetijdsbesteding en hobby's

-Beschrijf hoe u uw vrije tijd doorbrengt en welke uw belangrijkste hobby's zijn.

## Bijlage 6

*Klachtvariabelen en enkele klachtgerelateerde en psychodiagnostische variabelen van patiënten in de experimentele en controlegroep*

	Exp.groep (N=28)	Contr.groep (N=23)		Toets	P
Variabelen	N	N	%		
<i>Aantal klachten:</i> (range 1-13)				T	.970
M	6.32	6.35			
SD	2.34	2.62			
<i>Klachtenduur</i> (range:1-35 jaar)				T	.319
M	5.93	6.79			
SD	4.39	2.98			
<i>Aanleiding voor de klacht:</i>				X2	.106
1.ja	25	23	94,1		
2.nee	3	0	5,9		
<i>Leeftijd bij ontstaan van klacht:</i>				T	.056
M	31.21	38.13			
SD	10.69	14.51			
<i>Ontstaanswijze van de klacht:</i>				X2	.538
1.acuut	4	2	11,8		
2.geleidelijk	24	21	88,2		
<i>Klachtenverloop:</i>				X2	.979
1.wisselend	22	18	78,4		
2.constant	6	5	21,6		
<i>Invloed van de klachten op de interacties:</i>				X2	.837
1. ja	26	21	92,2		
2. nee	2	2	7,8		
<i>Voordelen van de klachten:</i>				X2	.162
1. ja	4	7	21,6		
2. nee	24	16	78,4		

**Nadelen van de klachten:**

1. ja	26	23	96,1	X2	.191
2. nee	2	0	3,9		

**Locus of control:**

1. intern	9	5	27,5	X2	.407
2. extern	19	18	72,5		

**Suicidepoging:**

1. ja	0	0	0,0		
2. nee	28	23	100,0		

**Verwijzer:**

1. psychiater	13	7	39,2	X2	.728
2. huisarts	10	11	41,2		
3. neuroloog	2	1	5,9		
4. cardioloog	2	2	7,8		
5. internist	1	2	5,9		

**Aantal bezochte specialismen(incl. huisarts):**

M	3.75	3.39		T	.452
Sd	1.96	1.27			

**Klachtendiagnose:**

1.verst.lich. beleving	2	0	3,9	X2	.675
2.conversie	1	0	2,0		
3.hypochondrie	6	6	23,5		
4.somatisatiest.	1	2	5,9		
5.somatoforme pijnstoornis	10	8	35,3		
6.ongedifferent. somatof.stoornis	8	7	29,4		

**GIT-IQ**

(range:86-136)				T	.778
M	104.96	106.10			
SD	14.59	12.69			

	Leeftijd					
	Mannen	N	Vrouwen	N	Gem.lftd M+V	N
1.verst.lich. beleving	43,00	2	-	-	43,00	2
2.konversie	-	-	35,00	1	35,00	1
3.hypochondrie	42,00	6	41,00	6	41,50	12
4.somatisatiest.	30,00	1	28,00	2	28,67	3
5.somatoforme pijnstoornis	34,29	7	46,45	11	41,72	18
6.ongedifferent. somatof.stoornis	37,50	4	37,27	11	37,33	15

---

	Frequentie	Percentage
<b>Persoonlijkheids trekken:</b>		
1.Paranoïde	1	2
2.schizoïde	1	2
3.theatrale	6	11,8
4.narcistische	2	3,9
5.ontwijkende	6	11,8
6.afhankelijke	19	37,3
7.obs.compulsieve	16	31,4

## Bijlage 7

*Persoonsvariabelen van patiënten in de experimentele (N=28) en controlegroep (N=23).*

Variabelen	N	%	
<i>Gezondheid van de moeder tijdens zwangerschap:</i>			
1. goed	46	97,9	
2. matig	1	2,1	
<i>Geboorte:</i>			
1. prematuur	5	10,4	
2. à terme	43	89,6	
<i>Vroegkinderlijke functieontwik.</i>			
1. goed	43	86,0	
2. matig	3	6,0	
3. slecht	4	8,0	
<i>Lichamelijke gezondheid als kind:</i>			
1. goed	38	74,5	
2. matig	9	17,6	
3. slecht	4	7,8	
<i>Puberteitsontw.</i>			
1. goed	39	78,0	
2. matig	11	22,0	
<i>Eigen zwangerschappen:</i>			
1. NVT	31	60,8	
2. goed	14	27,5	
3. matig	4	7,8	
4. slecht	2	2,0	
<i>Gezondheid in de menopauze:</i>			
1. NVT	42	82,4	
2. goed	7	13,7	
3. matig	1	2,0	
4. slecht	1	2,0	
<i>Beroepsniveau van vader:</i>			
0. Onbekend	2	3,9	13,7
1. Ongeschoolde arbeid		7	
2. Geschoolde arbeid	22	43,1	
3. Lagere employées	5	9,8	
4. Kleine zelfstandigen	11	21,6	



5. Middelbare employées	2	3,9
6. Hogere beroepen	2	3,9

**Aantal kinderen in ouderlijk gezin:**  
(range:1-11)

M	4.48
SD	2.30

**Plaats in de kinderrij:**  
(range:1-11)

1. eerste	11	22,9
2. tweede	17	35,4
3. derde	6	12,5
4. vierde	7	14,6
5. vijfde	3	6,3
6. zesde	1	2,1
7. zevende	1	2,1
8. negende	1	2,1
9. elfde	1	2,1

**Inwonende familieleden in ouderlijk gezin:**

1. ja	11	22,4
2. neen	38	77,6

**Sfeer in het ouderlijk gezin:**

1. goed	42	82,4
2. matig	5	9,8
3. slecht	4	7,8

**Mate van welbevinden  
in ouderlijk gezin:**

1. gelukkig	41	80,4
2. neutraal	5	9,8
3. ongelukkig	5	9,8

**Bejegening door ouders:**

1. overbescherming	18	36,0
2. evenwichtig	27	54,0
3. te weinig aandacht	5	10,0

**Relatie tussen de ouders:**

0. NVT	1	2,0
1. vader domineert	13	26,5
2. moeder domineert	23	46,9
3. evenwichtig	12	24,5

**Hoeveelheid aandacht t.o.v. broer(s) en zus(sen)**

0. NVT	2	4,0
1. meer	6	12,0
2. geen verschil	42	84,0

**Relatie met broer(s) en zus(sen):**

0. NVT	1	2,0
1. goed	40	80,0
2. matig	8	16,0
3. slecht	1	2,0

---

**Traumatische jeugdervaringen:**

1. ja	14	28,0
2. nee	36	72,0

---

**Kinderneurotische angsten:**

(range:0-7)

M	1.81
SD	1.74

---

**Rol in ouderlijk gezin:**

1. ja	14	29,2
2. nee	34	70,8

---

**Ziektes en overlijden in ouderlijk gezin:**

1. geen	21	42,0
2. enkele malen	23	46,0
3. veel	6	12,0

---

**Omgang met ziektes in ouderlijk gezin:**

1. adequaat	41	87,2
2. somatiserend	6	12,8

---

**Studieprestaties:**

1. goed	22	44,0
2. matig	23	46,0
3. slecht	5	10,0

---

**Gedragsproblemen op school:**

1. ja	5	10,0
2. nee	45	90,0

---

**Geplaagd op school:**

1. ja	13	26,0
2. nee	37	74,0

---

**Sociale contacten op school:**

1. ja	43	86,0
2. enkele	6	12,0
3. nee	1	2,0

---

**Werksatisfactie:**

1. goed	28	56,0
2. matig	15	30,0
3. slecht	7	14,0

---

**Sexuele openheid in het ouderlijk gezin:**

1. open	5	10,4
2. gemiddeld	11	22,9
3. gesloten	32	66,7

---

**Satisfactie in eigen sexuele relatie:**

0.NVT	11	22,0
1. tevreden	25	50,0
2. gemiddeld	9	18,0
3. ontevreden	5	10,0

---

**Aantal eigen kinderen:**

(range:0-7)

M	1.34
SD	1.59

---

**Satisfactie over eigen huwelijk:**

0. NVT	15	30,0
1. tevreden	30	60,0
2. neutraal	3	6,0
3. ontevreden	2	4,0

---

**Gezinsproblemen:**

0. NVT	23	46,0
1. ja	2	4,0
2. nee	25	50,0

---

**Satisfactie over sociale contacten:**

1. tevreden	30	60,0
2. gemiddeld	16	32,0
3. ontevreden	4	8,0

---

**Satisfactie over vrijetijdsbesteding:**

1. tevreden	31	62,0
2. gemiddeld	17	34,0
3. ontevreden	2	4,0

---

Opmerking: Vanwege missing values zijn de totalen niet steeds gelijk aan 51.

## Bijlage 8

*Vergelijking tussen de scores van enkele normgroepen en de eigen onderzoek-populatie op een aantal meetinstrumenten*

### Scores van normgroepen

#### NVM-SOM

Normtabel voor psycho-somatische patiënten

Normtabel algemeen

zeer hoog	31-	zeer hoog	17-
hoog	23-30	hoog	8-16
boven gemiddeld	20-22	boven gemiddeld	
gemiddeld	11-19	gemiddeld	4-7
beneden gemiddeld	8-10	beneden gemiddeld	3
laag	4-7	laag	-2
zeer laag	-3	zeer laag	
score range	0-40	score range	0-40
M	16.2	M	5.3
sd	8.3	sd	5.3

#### SCL-90-SOM

Poliklinische populatie  
psychiatrie

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>43	>47
hoog	34-42	37-46
boven gemiddeld	28-33	31-36
gemiddeld	24-27	26-30
beneden gemiddeld	20-23	22-25
laag	16-19	18-21
zeer laag	12-15	12-17
M	25.4	27.8
sd	9.6	10.2

## SCL-90-SOM

### Normale populatie

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	<27	>34
hoog	19-26	22-33
boven gemiddeld	16-18	19-21
gemiddeld	15	16-18
beneden gemiddeld	13-14	15
laag	12	13-14
zeer laag	12	12
M	16.6	18.7
sd	5.7	7.1

### SCL-90-PSNEUR

#### Poliklinische populatie psychiatrie

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>307	>337
hoog	248-306	270-336
boven gemiddeld	211-247	235-269
gemiddeld	187-210	208-234
beneden gemiddeld	164-186	183-207
laag	140-163	151-182
zeer laag	90-139	90-150
M	196.4	215.3
sd	62.1	67.6

### SCL-90-PSNEUR

#### Normale populatie

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>170	>204
hoog	131-169	150-203
boven gemiddeld	116-130	130-149
gemiddeld	108-115	117-129
beneden gemiddeld	102-107	108-116
laag	97-101	101-107
zeer laag	90- 96	90-100
M	117.2	128.9
sd	27.3	36.4

	Totaal Spanning		Totaal Frequentie	
	M	sd	M	sd
Subassertieve vrouwen	154.42	34.18	139.53	26.68
Fobici	130.13	33.99	139.48	23.90
Poliklinische psychiatri- sche patiënten	118.93	39.46	138.85	24.84
Normalen	98.55	25.10	152.81	23.21

Van de UCL worden hier 2 van de 8 normtabellen weergegeven

#### UCL

Normtabellen vrouwen: Het betreft vrouwelijke NS-personeelsleden tussen 25 en 35 jaar.

Subschalen	A	P	V	S	D	E	G
zeer hoog	23-	22-	21-	19-	15-	11-	16-
hoog	19-22	19-21	17-20	15-18	13-14	9-10	15
gemiddeld	16-18	13-18	12-16	10-14	10-12	6-8	11-14
laag	14-15	11-12	11-	8-9	9-	5-	10-
zeer laag	-13	-10	-10	-7	-8	-4	-9
M	17.7	16.3	14.9	12.9	11.2	7.07	12.4
sd	2.69	3.32	3.01	3.57	2.58	1.83	2.51

Normtabel: Mannen met psychosomatische klachten: Het betreft mannelijke NS-personeelsleden met een of meer psychosomatische aandoeningen.

Subschalen	A	P	V	S	D	E	G
zeer hoog	24-	22-	21-	16-	17-	10-	16-
hoog	21-23	19-21	18-20	13-15	13-16	8-9	14-15
gemiddeld	15-20	12-18	12-17	9-12	9-12	5-7	10-13
laag	13-14	10-11	11-	8-	8-	4-	9-
zeer laag	-12	-9	-10	-7	-7	-4	-8
M	18.3	15.5	14.9	11.0	10.9	6.3	11.6
sd	3.42	3.60	3.29	2.89	3.09	1.70	2.44

**SCL-90-ANG****Poliklinische populatie psychiatrie**

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>42	>44
hoog	33-41	37-43
boven gemiddeld	28-32	31-36
gemiddeld	23-27	27-30
beneden gemiddeld	19-22	22-26
laag	15-18	17-21
zeer laag	10-14	10-16
M	24.5	27.4
sd	9.6	10.2

**SCL-90-ANG****Normale populatie**

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>22	>27
hoog	15-21	18-26
boven gemiddeld	12-14	14-17
gemiddeld	11	13
beneden gemiddeld	10	11-12
laag	10	10
zeer laag	10	10
M	13.0	14.6
sd	4.3	5.7

**SCL-90-DEP****Poliklinische populatie psychiatrie**

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>65	>69
hoog	53-64	58-68
boven gemiddeld	44-52	51-57
gemiddeld	37-43	44-50
beneden gemiddeld	31-36	37-43
laag	25-30	30-36
zeer laag	16-24	16-29

M	39.3	44.4
sd	14.4	15.2

---

### SCL-90-DEP

---

#### Normale populatie

---

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>34	>42
hoog	23-33	28-41
boven gemiddeld	21-22	23-27
gemiddeld	18-20	21-22
beneden gemiddeld	17	19-20
laag	16	17-18
zeer laag	16	16
M	20.7	23.8
sd	6.3	8.6

---

### SCL-90-HOS

---

#### Poliklinische populatie psychiatrie

---

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>22	>19
hoog	15-21	16-18
boven gemiddeld	11-14	12-15
gemiddeld	10	10-11
beneden gemiddeld	8-9	8-9
laag	7	7
zeer laag	6	6
M	11.3	11.8
sd	5.1	5.5



**SCL-90-HOS****Normale populatie**

	Mannen	Vrouwen
zeer hoog	>12	>12
hoog	8-11	9-11
boven gemiddeld	7	7-8
gemiddeld	6	6
beneden gemiddeld	6	6
laag	6	6
zeer laag	6	6
M	7.5	7.6
sd	2.5	2.4

**Scores van elgen onderzoekpopulatie: Scores bij de voormeting 1 (VM1)****NVM-SOM**

	Mannen	Vrouwen
M	21.00	20.68
sd	6.54	6.47

**SCL-90-SOM**

	Mannen	Vrouwen
M	27.55	27.03
sd	7.06	6.40

**SCL-90-PSNEUR**

	Mannen	Vrouwen
M	181.86	182.39
sd	47.61	33.65

**SIG Totaal Spanning**

	Mannen	Vrouwen
M	114.85	118.68
sd	33.46	36.22

## SIG Totaal Frequentie

---

	Mannen	Vrouwen
M	138.60	140.55
sd	29.92	21.49

---

## UCL Vrouwen

---

	A	P	V	S	D	E	G
M	15.45	17.55	16.26	13.39	14.45	6.58	11.90
sd	2.75	2.84	3.02	3.20	3.40	1.89	2.40

---

## UCL Mannen

---

	A	P	V	S	D	E	G
M.	15.7	18.30	17.00	11.70	15.60	6.25	11.65
sd	2.60	3.44	2.51	3.22	3.72	1.55	2.50

---

## SCL-90-ANG

---

	Mannen	Vrouwen
M.	21.90	23.39
sd	7.43	7.57

---

## SCL-90-DEP

---

	Mannen	Vrouwen
M.	31.65	36.10
sd	10.38	9.68

---

## SCL-90-HOS

---

	Mannen	Vrouwen
M.	9.35	9.06
sd	3.50	2.83

---

## Bijlage 9

*MANOVA analyses volgens het herhaalde metingen design op de variabelen van hypothese 1. De herhaalde metingen zijn per variabele op 4 tijdstippen (VM1, VM2, NM en FO).*

### Somatiseren

Afhankelijke variabele: SCL-90-SOM

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	480.14	1	480.14	4.09	.025
Subjecten binnen de groep	4932.26	42	117.43		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.67784	6.33685	3,40	.0005
Groep*Tijd	.78953	3.55427	3,40	.012

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	28.15	6.39	27.59	7.10
Voormeting2	25.59	7.19	28.18	7.87
Nameting	21.52	6.40	27.00	6.52
Follow-up	20.41	6.20	26.47	6.82

### Somatiseren

Afhankelijke variabele: NVM-SOM

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	268.01	1	268.01	1.06	.106
Subjecten binnen de groep	7189.40	43	167.20		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.85150	2.38342	3,41	.042
Groep*Tijd	.67957	6.44403	3,41	.0005

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	20.68	7.13	21.47	5.79
Voormeting2	20.96	6.40	19.41	7.92
Nameting	16.75	7.97	22.77	8.21
Follow-up	15.89	7.89	20.71	8.24

**Aanmeldingsklachten**

Afhankelijke variabele: klachtenschaal

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	65.77	1	65.77	1.85	.91
Subjecten binnen de groep	1419.97	40	35.50		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.51827	11.77343	3,38	.000
Groep*Tijd	.85248	2.19188	3,38	.053

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	17.42	3.20	16.81	3.19
Voormeting2	15.39	3.56	16.19	3.85
Nameting	12.46	3.76	14.81	3.82
Follow-up	12.07	4.41	14.69	3.63

**Psychoneuroticisme**

Afhankelijke variabele: Psychoneuroticisme totaal(SCL-90)

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	11227.14	1	11227.14	2	.082
Subjecten binnen de groep	235327.77	42	5603.04		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.64065	7.47893	3.40	.000
Groep*Tijd	.85851	2.19740	3,40	.050

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	184.15	42.50	182.77	41.54
Voormeting2	164.48	40.35	181.82	52.70
Nameting	145.04	34.13	169.59	44.09
Follow-up	148.74	41.40	173.18	46.83

## Bezoekfrequentie aan huisarts/specialist

Afhankelijke variabele: scoringsformulier ingevuld door ha./spec.

In onderstaande tabel heeft VM1 betrekking op de periode van 12-4 maanden voorafgaande aan de therapie en VM2 op de laatste 4 maanden voorafgaande aan de therapie.

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	6.44	4.36	7.57	6.14
Voormeting2	3.59	2.41	3.81	2.21
Nameting	2.11	2.08	3.71	2.37
Follow-up	1.78	2.21	3.10	2.77

Met betrekking tot de bezoekfrequentie aan huisarts/specialist en medicatiegebruik werd het criterium voor succes van de groepsbehandeling gelegd bij een vermindering van deze medische consumptie van 30% of meer. Summatie van de voormetings- en nametingsgegevens in een 2\*2 kruistabel leidt tot de volgende resultaten.

		experimentele groep		controlegroep
afname	< 30%	7	12	19
afname	> 30%	20	9	29
		27	21	48

chi-kwadraat (Yates-correctie)=3,60; df=1; p=.029

## Medicatiegebruik

Afhankelijke variabele: scoringsformulier ingevuld door ha./sp.

Evenals hierboven heeft in onderstaande tabel de VM1 betrekking op de periode van 12-4 maanden voorafgaande aan de therapie en VM2 op de laatste 4 maanden voorafgaande aan de therapie.

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	3.04	3.52	5.15	3.60
Voormeting2	1.89	2.24	2.25	1.92
Nameting	1.11	1.37	2.30	1.78
Follow-up	1.19	1.44	2.15	2.30

Verwerking van de data in een 2\*2 kruistabel, zoals hierboven, leidt tot de volgende resultaten.

		experimentele groep		controlegroep
afname	< 30%	7	12	19
afname	> 30%	14	8	22
		21	20	41

chi-kwadraat (Yates-correctie)=1.96; df=1; p=.081

**Assertieve vaardigheden**

Afhankelijke variabele: SIG Totaal Spanning

Zoals hierboven bleek werd de S.I.G. niet afgenomen bij voormeting 2. De vergelijking tussen de beide groepen heeft dus betrekking op voormeting 1, nameting en follow-up.

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	.82	1	.82	.00	.494
Subjecten binnen de groep	146972.84	47	3127.08		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.94534	1.32998	2,46	.137
Groep*Tijd	.97419	.60932	2,46	.274

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	119.96	32.92	114.57	36.58
Nameting	111.11	34.85	110.90	38.99
Follow-up	107.14	32.15	112.29	44.48

**Assertieve vaardigheden**

Afhankelijke variabele: SIG Totaal Frequentie

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	425.15	1	425.15	.27	.302
Subjecten binnen de groep	73181.13	47	1557.05		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.88893	2.87371	2,46	.034
Groep*Tijd	.99674	.07515	2,46	.464

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	141.29	21.11	138.24	30.52
Nameting	149.61	30.11	144.95	24.02
Follow-up	147.46	23.00	144.85	26.60

### **Copingvaardigheden**

De U.C.L. werd eveneens niet opnieuw afgenomen bij de voormeting 2. De vergelijking blijft dus, evenals bij de S.I.G., beperkt tot de voormeting 1, de nameting en de follow-up.

Afhankelijke variabele: Actief aanpakken

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	56.97	1	56.97	2.97	.046
Subjecten binnen de groep	900.16	47	19.15		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.96202	.90799	2,46	.205
Groep*Tijd	.90447	2.42933	2,46	.050

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	15.71	2.99	15.29	2.17
Nameting	16.54	2.76	15.48	2.98
Follow-up	17.00	3.24	14.71	3.47

### **Copingvaardigheden**

Afhankelijke variabele: Palliatieve reactie

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	.41	1	.41	.03	.437
Subjecten binnen de groep	762.61	47	16.23		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.94814	1.25802	2,46	.147
Groep*Tijd	.96949	.72377	2,46	.245

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	17.93	2.68	18.05	3.57
Nameting	18.32	2.29	18.86	3.39
Follow-up	18.86	2.40	18.52	3.12

**Copingvaardigheden**

Afhankelijke variabele: Vermijden

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	20.68	1	20.68	1.16	.143
Subjecten binnen de groep	835.02	47	17.77		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.92876	1.76432	2,46	.092
Groep*Tijd	.95282	1.13893	2,46	.165

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	16.46	2.44	16.67	3.28
Nameting	15.57	2.63	16.24	3.18
Follow-up	15.64	3.08	17.05	2.58

**Copingvaardigheden**

Afhankelijke variabele: Sociale steun zoeken

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	10.03	1	10.03	.41	.263
Subjecten binnen de groep	1156.64	47	24.61		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.95947	.97154	2,46	.193
Groep*Tijd	.94953	1.22262	2,46	.152

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	12.82	3.93	12.76	2.41
Nameting	13.04	3.37	12.67	2.99
Follow-up	13.82	3.03	12.67	2.90



## **Copingvaardigheden**

Afhankelijke variabele: Depressief reactiepatroon

### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	55.18	1	55.18	2.80	.051
Subjecten binnen de groep	925.05	47	19.68		

### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.83349	4.59485	2,46	.008
Groep*Tijd	.93471	1.60648	2,46	.106

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	14.57	3.55	15.43	3.71
Nameting	13.14	2.88	14.05	2.58
Follow-up	12.86	2.31	14.81	3.16

---

## **Copingvaardigheden**

Afhankelijke variabele: Expressie van emoties

### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	3.10	1	3.10	.62	.218
Subjecten binnen de groep	235.22	47	5.00		

### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.98157	.43177	2,46	.326
Groep*Tijd	.96275	.88991	2,46	.209

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	6.75	1.74	6.05	1.83
Nameting	6.29	1.61	6.38	2.36
Follow-up	6.32	1.31	6.05	1.43

## **Copingvaardigheden**

Afhankelijke variabele: Geruststellende gevoelens

### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	3.91	1	3.91	.31	.292
Subjecten binnen de groep	601.50	47	12.80		

### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.93730	1.53850	2,46	.113
Groep*Tijd	.98045	.45864	2,46	.318

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting	11.57	2.27	12.14	2.73
Nameting	12.14	2.49	12.62	2.48
Follow-up	12.39	2.60	12.33	2.06

Opmerking: Vanwege ontbrekende scores (missing values) wisselt het aantal patiënten waarop de statistische analyses zijn uitgevoerd.

---

## Bijlage 10

*Vergelijking tussen de experimentele groep en de controlegroep op de variabelen van hypothese 1 in 2\*2 kruistabellen met betrekking tot het aantal patiënten die minimaal een schaalscore verbeteren bij de nameting en de follow-up ten opzichte van de voormeting 1 (VM1). De vergelijking heeft betrekking op de variabelen waarop significante behandelingseffecten (groep\*tijd) zijn gebleken (zie bijlage 9). 0 = minder dan 1 schaalscoreverbetering. 1 = schaalscoreverbetering van 1 of meer.*

### Varlabele: SCL-90-SOM

Tijdstip: Nameting

Score	GROEP		Rij Totaal
	Exp.	Contr.	
0	12	21	33 64.7
1	16	2	18 35.3
Kolom Totaal	28 54.9	23 45.1	51 100.0

Chi-kwadraat (Pearson waarde)	DF	Significantie
12.97798	1	p=<.001

---

### Varlabele: SCL-90-SOM

Tijdstip: Follow-up

Score	GROEP		Rij Totaal
	Exp.	Contr.	
0	11	17	28 57.1
1	17	4	21 42.9
Kolom Totaal	28 57.1	21 42.9	49 100.0

Chi-kwadraat (Pearson waarde)	DF	Significantie
8.50694	1	p=<.005

**Variaabele: NVM-SOM**

Tijdstip: Nameting

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Rij Totaal
Score	0	17	20	37 72.5
	1	11	3	14 27.5
Kolom Totaal		28 54.9	23 45.1	51 100.0

Chi-kwadraat (Pearson)  
4.36645DF  
1Significantie  
 $p < .05$ **Variaabele: NVM-SOM**

Tijdstip: Follow-up

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Rij Totaal
Score	0	15	17	32 65.3
	1	13	4	17 34.7
Kolom Totaal		28 57.1	21 42.9	49 100.0

Chi-kwadraat (Pearson)  
3.97074DF  
1Significantie  
 $p < .05$

**Varabele: Klachtenschaal**

Tijdstip: Nameting

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Rij Totaal
Score	0	18	20	38 77.6
	1	9	2	11 22.4
Kolom Totaal		27 55.1	22 44.9	49 100.0

Chi-kwadraat  
4.09221DF  
1Significantie  
 $p < .05$ **Varabele: Klachtenschaal**

Tijdstip: Follow-up

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Rij Totaal
Score	0	11	19	30 62.5
	1	16	2	18 37.5
Kolom Totaal		27 56.3	21 43.8	48 100.0

Chi-kwadraat  
12.46702DF  
1Significantie  
 $p < .001$

**Variaabele: Psychoneuroticisme Totaal(SCL-90-PSNEUR)**

Tijdstip: nameting

		GROEP		
Score		Exp.	Contr.	Rij Totaal
	0	16	19	35 68.6
	1	12	4	16 31.4
Kolom Totaal		28 54.9	23 45.1	51 100.0

Chi-kwadraat  
3.80350DF  
1Significantie  
 $p=.05$ **Variaabele: Psychoneuroticisme Totaal (SCL-90-PSNEUR)**

Tijdstip: Follow-up

		GROEP		
Score		Exp.	Contr.	Rij Totaal
	0	14	18	32 65.3
	1	14	3	17 34.7
Kolom Totaal		28 57.1	21 42.9	49 100.0

Chi-Kwadraat  
6.75551DF  
1Significantie  
 $p<.01$

**Variaabele: UCL: actief aanpakken van problemen**

Tijdstip: Nameting

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Rij Totaal
Score	0	26	23	49 96.1
	1	2		2 3.9
Kolom Totaal		28 54.9	23 45.1	51 100.0

Chi-Kwadraat (Pearson)  
1.70991DF  
1      Significantie  
p=.20**Variaabele: UCL actief aanpakken van problemen**

Tijdstip: Follow-up

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Rij Totaal
Score	0	25	21	46 93.9
	1	3		3 6.1
Kolom Totaal		28 57.1	21 42.9	49 100.0

Chi-Kwadraat (Pearson)  
2.39674DF  
1      Significantie  
p=.12

## Bijlage 11

*MANOVA analyse volgens het herhaalde metingen design op de variabelen van hypothese 2. De herhaalde metingen zijn per variabele op 4 tijdstippen (VM1, VM2, NM en FO).*

### Angst

Afhankelijke variabele: Angst (SCL.90)

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	609.68	1	609.68	3.46	.035
Subjecten binnen de groep	7400.57	42	176.20		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.65012	7.17570	3,42	.0005
Groep*Tijd	.97916	.28383	3,40	.419

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	22.48	7.00	25.35	8.46
Voormeting2	21.59	6.63	24.94	10.02
Nameting	18.00	6.14	22.41	8.63
Follow-up	17.52	5.52	22.18	9.28

Afhankelijke variabele: Toestandsangst (ZBV-DY-1)

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	295.63	1	295.63	.88	.177
Subjecten binnen de groep	14065.60	42	334.90		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.85017	2.34978	3,40	.044
Groep*Tijd	.89759	1.52130	3,40	.112

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	49.43	10.11	51.75	11.39
Voormeting2	47.25	10.87	50.19	9.97
Nameting	43.11	11.60	48.50	13.23
Follow-up	45.75	12.96	45.88	9.99



# Afhankelijke variabele: Angstdispositie (ZBV-DY-2)

## Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	62.73	1	62.73	.26	.308
Subjecten binnen de groep	10241.74	42	243.85		

## Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.82315	2.86453	3,40	.025
Groep*Tijd	.98816	.15977	3,40	.462

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	51.25	9.42	51.94	8.68
Voormeting2	49.89	7.41	50.25	10.34
Nameting	47.07	8.34	49.06	12.04
Follow-up	46.32	9.80	48.25	9.02

## **Agressie**

### Afhankelijke variabele: Agressie (S.C.L-90)

## Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	1.01	1	1.01	.05	.415
Subjecten binnen de groep	898.74	42	21.40		

## Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.78098	3.73924	3,40	.009
Groep*Tijd	.91609	1.22133	3,40	.157

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	9.41	2.9	8.82	3.78
Voormeting2	8.22	2.50	8.82	4.19
Nameting	7.56	1.42	8.12	2.89
Follow-up	8.07	2.63	8.12	2.45

Afhankelijke variabele: Toestandsboosheid (ZAV SPI-DA)

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	.03	1	.03	.00	.487
Subjecten binnen de groep	1247.76	42	29.71		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.98676	.17888	3,40	.455
Groep*Tijd	.88123	1.79706	3,40	.082

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	13.21	5.22	11.81	3.04
Voormeting2	12.46	3.89	11.86	2.75
Nameting	11.11	1.97	13.31	6.33
Follow-up	12.03	2.96	11.94	3.97

Afhankelijke variabele: Boosheidsdispositie (ZAV-TPI-DA)

Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	12.78	1	12.78	.20	.329
Subjecten binnen de groep	2684.51	42	63.92		

Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.85266	2.30401	3,40	.046
Groep*Tijd	.90849	1.34301	3,40	.137

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	19.64	5.89	17.75	4.04
Voormeting2	18.36	5.19	16.94	4.50
Nameting	16.54	4.12	17.06	4.36
Follow-up	17.14	3.36	17.69	4.27

**Depressie**

Afhankelijke variabele: Depressie (SCL-90)

**Tussen Subjecten:**

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	144.45	1	144.45	.48	.247
Subjecten binnen de groep	12759.23	42	303.79		

**Binnen Subjecten:**

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.78196	3.71794	3,40	.010
Groep*Tijd	.80542	3.22123	3,40	.017

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	35.19	10.81	32.41	9.83
Voormeting2	30.19	8.78	33.24	11.98
Nameting	26.19	9.09	31.12	10.76
Follow-up	27.30	9.97	29.53	11.37

Afhankelijke variabele: Zung

**Tussen Subjecten:**

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	254.54	1	254.54	1.25	.136
Subjecten binnen de groep	8790.91	43	204.44		

**Binnen Subjecten:**

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.78090	3.83446	3.41	.008
Groep*Tijd	.86718	2.09330	3.41	.058

	Experimentele groep		Controlegroep	
	M	sd	M	sd
Voormeting1	49.54	8.95	50.88	8.94
Voormeting2	45.00	7.29	47.94	9.85
Nameting	42.50	7.64	47.77	9.88
Follow-up	44.04	10.78	44.29	9.48

Opmerking: Vanwege ontbrekende scores (missing values) wisselt het aantal patiënten waarop de statistische analyses zijn uitgevoerd.

## Bijlage 12

*Vergelijking tussen de experimentele groep en de controlegroep op de variabele depressie in een 2\*2 kruistabel met betrekking tot het aantal patiënten die minimaal een schaalscore verbeteren op de SCL-90-Depressie bij de nameting en de follow-up in vergelijking met de voormeting 1 (VM1). De vergelijking blijft beperkt tot de variabele SCL-90-DEP omdat alleen op deze variabele een significant behandelingseffect bleek (zie bijlage 11). 0 = minder dan 1 schaalscoreverbetering. 1 = schaalscoreverbetering van 1 of meer.*

**Varlabel: SCL-90-DEP.**

Tijdstip: Nameting

		GROEP		Rij Totaal
Score		Exp.	Contr.	
	0	14	20	34 66.7
	1	14	3	17 33.3
Kolom Totaal		28 54.9	23 45.1	51 100.0
Chi-Kwadraat (Pearson)			DF	Significantie
7.76087			1	p=>.01

**Varlabel: SCL-90-DEP**

Tijdstip: Follow-up

		GROEP		Rij Totaal
Score		Exp.	Contr.	
	0	17	15	32 65.3
	1	11	6	17 34.7
Kolom Totaal		28 57.1	21 42.9	49 100.0
Chi-Kwadraat (Pearson)			DF	Significantie
.60800			1	p=.44

## Bijlage 13

*Gemiddelden, standaarddeviaties en MANOVAS per variabele voor de variabelen boosheiddispositie en somatiseren op de 4 meetmomenten voor diagnosegroep \*groep\* tijd. Alleen de (bijna) significante resultaten zijn weergegeven.*

### Variaabele: Boosheidsdispositie (ZAV-TPI-DA)

<u>Experimentele Groep</u>								
	Voorm. 1		Voorm.2		Nameting		Follow-up	
	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd
Hypoch.	22.67	6.77	20.50	5.93	15.00	3.68	17.83	2.32
Som.pnst.	18.60	5.91	17.50	4.74	17.50	4.01	16.90	2.73
Onged.st.	19.13	4.36	18.25	6.04	16.75	4.77	16.75	4.71

<u>Controle Groep</u>								
	Voorm. 1		Voorm.2		Nameting		Follow-up	
	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd
Hypoch.	16.40	.55	15.40	1.52	16.80	4.44	16.40	4.34
Som.pnst.	19.50	4.42	18.50	5.32	17.67	5.24	19.17	5.00
Onged.st.	14.67	5.03	15.00	5.29	16.00	4.36	18.00	4.36

#### Tussen Subjecten:

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	44.09	1	44.09	.66	.212
Diagnosegroep	40.22	2	20.11	.30	.372
Diagnosegroep*Gr.	103.36	2	51.68	.77	.236
Subjecten binnen de groep:	2145.72	32	67.05		

#### Binnen Subjecten:

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.81610	2.25333	3,30	.052
Groep*Tijd	.78782	2.69330	3,30	.032
Diagn.*T.	.90367	.51949	6,60	.396
Diagn.*Gr.*Tijd	.70024	1.95024	6,60	.044

**Variabele:Somatiseren:NVM-SOM**

**Experimentele Groep**

	Voorm. 1		Voorm.2		Nameting		Follow-up	
	M	sd	M	sd	M	SD	M	sd
Hypoch.	16.33	7.15	21.50	7.42	11.50	4.09	9.17	3.49
Som.pnst	.23.40	7.40	23.70	6.06	21.60	8.67	20.80	7.77
Onged.st	.21.00	7.25	19.75	6.18	14.50	7.19	14.75	7.87

**Controle Groep**

	Voorm. 1		Voorm.2		Nameting		Follow-up	
	M	sd	M	sd	M	SD	M	sd
Hypoch.	19.80	8.08	16.20	7.82	21.40	9.15	17.60	9.53
Som.pnst.	22.86	4.02	22.14	8.24	25.29	5.79	21.57	6.90
Onged.st.	19.00	7.55	19.00	10.82	19.33	15.01	20.67	13.01

**Tussen Subjecten:**

	SS	DF	MS	F	Sign. v.F.
Groep	168.87	1	168.87	.97	.166
Diagnosegroep	1023.83	2	511.92	2.95	.033
Diagnosegroep*Gr.	82.04	2	41.02	.24	.396
Subjecten binnen de groep:	5733.71	33	173.75		

**Binnen Subjecten:**

	Wilks'	Benaderde F.	DF.	Sign.v.F.
Tijd	.78321	2.86024	3,31	.027
Groep*Tijd	.55286	8.35722	3,31	.000
Diagn.*T.	.85100	.86813	6,62	.262
Diagn.*Gr.*Tijd	.74714	1.62140	6,62	.078

## Bijlage 14

*Satisfactie met de behandeling, problematisering van de klachten en continuering van de hulpvraag bij de nameting en de follow-up .*

### Satisfactie bij de nameting

		GROEP Exp.
tevreden	1	15
neutraal	2	7
ontevreden	3	6
Kolom		28

### Satisfactie bij de follow-up

		GROEP Exp.
tevreden	1	15
neutraal	2	7
ontevreden	3	6
Kolom		28

### Problematisering van de klachten bij de nameting

		GROEP Exp.	Contr.	Totaal
verminderd	1	19	3	22 43.1
onveranderd	2	9	19	28 54.9
vermeerderd	3		1	1 2.0
Kolom		28	23	51
Totaal		54.9	45.1	100.0

Chi-kwadraat (Pearson waarde)  
15.46725

DF  
1  
Significantie  
 $p < .001$  (\*)

## Problematisering van de klachten bij de follow-up

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Totaal
verminderd	1	18	2	20 39.2
onveranderd	2	8	18	26 51.0
vermeerderd	3	2	3	5 9.8
Kolom		28	23	51
Totaal		54.9	45.1	100.0
Chi-kwadraat(Pearson waarde)				DF
16.37038				1
				Significantie
				p=<.001 (*)

---

## Continuering van de hulpvraag bij de nameting

		GROEP		
		Exp.	Contr.	Totaal
nee	1	14		14 27.5
weet nog niet	2	5	5	9.8
ja	3	9	23	32 62.7
Kolom		28	23	51
Totaal		54.9	45.1	100.0
Chi-kwadraat(Pearson waarde)				DF
15.85135				1
				Significantie
				p=<.001 (*)

---



## Continuering van de hulpvraag bij de follow-up

		GROEP		
		Exp.	Cont	Totaal
nee	1	15	2	17 33.3
	2	4		4 7.8
ja	3	9	21	30 58.8
Kolom Totaal		28 54.9	23 45.1	51 100.0

Chi-kwadraat (Pearson waarde)	DF	Significantie
11.44332	1	$p < .001$ (*)

(\*) Bij de variabelen problematiseren van de klachten en continuering van de hulpvraag zijn de waarden 2 en 3 samengevoegd in verband met de te lage theoretische frequenties in een aantal cellen, waardoor berekening van een chi-kwadraat niet verantwoord zou zijn. Alle berekende chi-kwadraten zijn dus gebaseerd op een 2\*2 tabel, waardoor ook de DF's zijn verminderd van 2 naar 1.

# Bijlage 15

## Demografische gegevens van behandelde patiënten en uitgevallen patiënten

	Beh. Pat. (N=51)		Uitg. Pat. (N=11)		Toets P	
Variabelen	N	%	N	%		
<b>Sekse:</b>					X2	.689
1.Man	20	39,2	3	27,3		
2.Vrouw	31	60,8	8	72,7		
<b>Leeftijd(range20-65):</b>					T	.351
M	39,53		43,64			
SD	12,85		14,56			
<b>Burgelijke staat:</b>					X2	.339 (1)
1.Gehuwd	34	66,7	6	54,5		
2.Ongehuwd	9	17,6	3	27,3		
3.Samenwonend	4	7,8	0	0		
4.Gescheiden	1	2,0	1	9,1		
5.Weduwe/naar	3	5,9	1	9,1		
<b>Beroepsniveau:</b>					X2	.339 (2)
1. Ongeschoolde arbeid	10	19,6	0	0		
2. Geschoolde arbeid	22	43,1	6	54,5		
3. Lagere employées	6	11,8	0	0		
4. Kleine zelfstandigen	8	15,7	3	27,3		
5. Middelbare employées	4	7,8	2	18,2		
6. Hogere beroepen	1	2,0	0	0,0		
<b>Kerkelijke gezindte:</b>					X2	.224 (3)
1.R.K.	15	29,4	3	27,3		
2.N.H.	18	35,3	2	18,2		
3.Gereformeerd	3	5,9	0	0,0		
4.Overig	15	29,4	6	54,5		
<b>Opleiding:</b>					X2	.155 (4)
1.GLO/VGLO	14	27,5	4	36,4		
2.LBO	18	35,3	3	27,3,1		
3.ULO/MAVO	11	21,6	1	9,1		
4.VHMO/MBO	8	15,7	2	18,2		

**Legenda bij bijlage 15:** in verband met lege cellen en te lage theoretische frequenties van sommige cellen werden bij de berekening van de chi-kwadraten een aantal cellen samengevoegd en wel als volgt:

- (1): samenvoeging categorieën 1,3 en 2,4,5.
- (2): samenvoeging categorieën 1,2,3 en 4,5,6.
- (3): samenvoeging categorieën 2,3.
- (4): samenvoeging categorieën 1,2 en 3,4.

## Bijlage 16

*Vergelijking tussen behandelde patiënten (N=51) en uitgevallen patiënten (N=11) bij voormeting 1 op een aantal klachtvariabelen, klachtgerelateerde en afhankelijke (psychologische) testvariabelen.*

	Beh.groep (N=51)	Uitg.groep (N=11)		Toets	P
Variabelen	N	N	%		
<b>Aantal klachten:</b> (range 1-13)					
M	6.33	6.09		T	.768
SD	2.45	2.51			
<b>Klachtenduur</b> (range:1-35 jaar)					
M	5.24	4.54		T	.703
SD	5.42	5.36			
<b>Leeftijd bij ontstaan van klacht:</b>					
M	34.33	39.09		T	.279
SD	12.90	14.03			
<b>Verwijzer:</b>					
		%	%	X2	.148
1. psychiater	20	39,2	3	27,3	
2. huisarts	21	41,2	7	63,6	
3. neuroloog	3	5,9	0	0	
4. cardioloog	4	7,8	0	0	
5. internist	3	5,9	0	0	
6. gynaecoloog	0	0	1	9,1	
<b>Aantal bezochte specialismen</b> (incl. huisarts):					
M	3.59	3.37		T	.697
Sd	1.68	1.96			
<b>Klachtendiagnose:</b>					
		%	%	X2	.876
1.verst.lich. beleving	2	3,9	0	0	
2.conversie	1	2,0	0	0	
3.hypochondrie	12	23,5	2	18,2	
4.somatisatiest.	3	5,9	0	0	
5.somatoforme pijnstoornis	18	35,3	5	45,5	
6.ongedifferent. somatof.stoornis	15	29,4	4	36,4	

<i>GIT-IQ</i> (range:86-136)			T	.671
M	105.45	103.45		
SD	13.68	15.36		
<hr/>				
<i>Klachtenschaal:</i>			T	.503
M	17.10	17.89		
SD	3.10	3.86		
<hr/>				
<i>Somatiseren:</i> (SCL-90-SOM)			T	.102
M	27.24	31.09		
SD	6.60	8.70		
<hr/>				
<i>Somatiseren:</i> (NVM-SOM)			T	.491
M	20.80	22.36		
SD	6.43	8.24		
<hr/>				
<i>Depressie:</i> (SCL-90-DEP)			T	.166
M	34.36	39.27		
SD	10.10	12.63		
<hr/>				
<i>Depressie:</i> (ZUNG)			T	.573
M	49.92	51.45		
SD	8.48	6.12		
<hr/>				
<i>Psychoneuroticisme:</i> (SCL-90-TOTAAL)			T	.110
M	181.86	205.36		
SD	39.26	60.95		
<hr/>				
<i>Assertiviteit:</i> (SIG Totaal Frequentie)			T	.591
M	139.78	144.50		
SD	24.87	27.37		
<hr/>				
<i>Assertiviteit:</i> (SIG Totaal Spanning)			T	.259
M	117.18	103.20		
SD	34.87	38.52		
<hr/>				
<i>Agressie:</i> (ZAV-SPI)			T	.643
M	12.35	11.73		
SD	4.32	2.10		
<hr/>				

*Coping:*  
(Actief aanpakken)

M	15.55	16.55	T	.280
SD	2.67	3.11		

---

*Bezoekfrequentie  
aan ha./spec.:*

M	3.69	2.44	T	.135
SD	2.30	2.00		

---

*Medicatiegebruik:*

M	2.04	1.14	T	.309
SD	2.10	2.61		

---



## Literatuur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised*. Washington D.C., APA.
- American Psychiatric Association (1993) *DSM-IV draft criteria*. Task Force on DSM-IV / American Psychiatric Association, Washington DC.
- Aldrich, C.K. (1981). Severe, chronic hypochondriasis (a practical method of treatment). *Postgraduate medicine, hypochondriasis*, part 1, pp 139-144.
- Ammon, G. (1972a). Zur Genese und Struktur psychosomatische Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. *Dynamische Psychiatrie*, (5), 223-251.
- Ammon, G. (1973). Vorstufen psychosomatischer Erkrankung. *Dynamische Psychiatrie*, 6, 11-32.
- Ammon, G. (1973b). Die Psychosomatik der Psychosen, der Symbiosekomplex und die archaischen Ich-Krankheiten. *Dynamische Psychiatrie*, (6), 355-368.
- Ammon, G. (1974). Das narzistische Defizit als Problem psychoanalytischer Behandlungstechnik. Ein Beitrag zur Theorie und Praxis nachholender Ich-Entwicklung. *Dynamische Psychiatrie*, (7), 201-214.
- Ammon, G. (1975). Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. *Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik*. Paderborn: xxx, 1975/ 1976.
- Ammon, G. (1978). Von der Urhöhle zum Körper-Ich. *Musik und Medizin*, 9, 78, 24-28.
- Ammon, G. (1978). Das Verständnis eines Entwicklungsdefizit von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. *Dynamische Psychiatrie*, (11), 120-140.
- Ammon, G. (1979). Psychosomatic illness as a result of a deficit in ego-structure under consideration of the genetic, dynamic, structural and group dynamic point of view. *Psychotherapy and Psychosomatics* V31, N1-4, P179-189.
- Ammon, G. (1979). The ego-structural and group-dynamic principle in depression and psychosomatic disease. *Dynamische Psychiatrie*, V12, N6, P445-471.
- Apfel-Savitz, R., Silverman, D., & Bennett, M.I. (1977). Group therapy of patients with somatic illnesses and alexithymia. *Psychotherapy, Psychosomatics*. 28.: 323-329.



- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de & Walburg, J.A.(1984). *De schaal voor interpersoonlijk gedrag. Handleiding. Deel 1*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W.A., Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, Swets & Zeitlinger
- Balzer, W., Küchenhoff B., & Rauch, H. (1985). Developmental processes of inpatient analytical psychotherapy groups - with a comparison of psychosomatic and psychoneurotic patients - an empirical study through interaction process analysis. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*. V20, N3, P273-296.
- Balzer, W., Küchenhoff, B., & Rauch, H. (1985). Gruppenverläufe bei stationären analytischen Psychotherapiegruppen - mit einem Vergleich psychosomatischer und psychoneurotischer Patienten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 20: 273-296.
- Barsky, A.J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*. 91: 63-70.
- Barsky, A.J., & Klerman G.L., (1983). An overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry*, 273-283.
- Barsky, A.J., Wyshak, G., & Klerman G.L., (1986). Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 43:493-500.
- Barsky, A.J., Geringer, E., & Wool, C.A., (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Bastiaans, J., & Groen, J.J., (1951). Psychotherapy of internal diseases. *The Affective Contact*, 368-380.
- Bastiaans, J. (1977). The Implications of the specificity concept for the treatment of psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 285-293.
- Beck, J., Taegtmeyer, H., Andrew Berisford, M., & Bennett A. (1989). Chest pain without coronary artery disease: An exploratory comparison with panic disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment.*, vol. 11, nr. 3, 209-220.
- Becker, H., (1977). A non-verbal therapeutic approach to psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 330-336.
- Becker, H., (1981). *Konzentratieve Bewegingstherapie (KBT). Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess*. Georg Thieme Verlag Stuttgart/New York, 1-95.
- Beekers, M. (1982). *Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen*. Swets en Zeitlinger bv, Lisse.

- Benders, H., Dinger-Drost, L.M., Freriks, Th.J.M., Goltstein, G.M.J.H., Sijbers, A.P.E., Wernsen, R.L., & Wiersma, F.M. (1985) (Red.). *De klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen.
- Benjamin, S., (1989). Psychological treatment of chronic pain: A selective review. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 33, no. 2, pp. 121-131.
- Bernstein, D.A., & Borkovec, Th.D. (1977). *Leren ontspannen*. Handleiding voor de therapeutische beroepen. Uitgever: Dekker en van de Vegt, Nijmegen.
- Berretty, E. (1990). Psychotherapie in praktijk, een gedragstherapeutisch werkmodel voor de behandeling van hypochondrie, ontleend aan Salkovskis, met ter illustratie een casus. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, nr. 6, pp. 313-319.
- Betgem, P. (1983). Onoverwinnelijke lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 9, 5, pp 252-260.
- Beunderman, R. & Duyvis, D.J.,(1986). In: Kaptein, A.A., Ploeg, H.M. van der, Garssen, B., Schreurs, P.J.G. & Beunderman, R (Red). *Behavioral Medicine. Psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen*, (pp 100-113).Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu
- Bianchi, G.N. (1971). Origins of disease phobia. *New Zealand Journal of Psychiatry*, 5-241-257.
- Birgelen, van, Joop H. (1984). Verband tussen alexithymia, angstneurose en hyperventilatie? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jaargang 10, 19-27.
- Bleijenberg, G., & Fennis, J.F.M., (1987). Een prospectief onderzoek naar het beloop van functionele buikklachten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 131, nr. 47, 2142-2146.
- Bleijenberg, G., & Fennis, J.F.M. (1987). Zijn organische en functionele buikklachten te onderscheiden op grond van anamnese en psychologisch onderzoek? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, nr. 7, 273-278.
- Bleijenberg, G., & Hermans-van Wordragen, R. (1989). Psychologische behandelingen bij functionele buikklachten. *Gedragstherapie*, jrg. 22, nr. 4, 278-313.
- Bleijenberg, G., Hermans-van Wordragen, R. & Fennis, J.F.M. (1990). Behandeling van gastro-intestinale klachten. *Abstracts, Workshop, Najaarsconferentie 22/23 november 1990, Dalfsen (Ov.), Vereniging voor Gedragstherapie*.
- Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 28, no. 2, pp. 153-158.

- Brodsky, C.M., (1984). Sociocultural and interactional influences on somatization. *Psychosomatics*, vol 25, no. 9, 673-680.
- Bruyn-Kofman, de, A.T., & Groenman, N.H. (1983). Determinanten van spanningshoofdpijn. *Gezondheid en Samenleving*, vol.4, afl. 3, 170-176.
- Bruijn-Kofman, de, A., & Groenman, N. (1989). Ontwikkelingen in behandelingsstrategieën van spanningshoofdpijn. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 13-2, 63-75.
- Bruijn-Kofman de, A., & Groenman N. (1989). Gedragstherapeutische groepsbehandeling van spanningshoofdpijn. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 15-1, 20-30.
- Brown, H.N. & Vaillant, G.E. (1981). Hypochondriasis. *Archives of Internal Medicine*, vol. 141, 722-726.
- Bruggen, van der, J.F. (1986). Psychotherapie in praktijk: Ervaringen met individuele psychotherapie op analytische lijnen bij 'somatiserende' jong volwassenen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 12, 6, 340-349.
- Buchanan, D.C. (1978). Group Psychotherapy for chronic physically ill patients. *Psychosomatics*. vol. 19, 425-431.
- Burg van der, M., Defares, P., Garssen, B., Hoevenaars, J., Schippersheyn H., & Zwaan J. (1976). Het beïnvloeden van cognitieve processen bij psychosomatische en functionele klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 2, 21-29.
- Clark, D.M., (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clijsen, M., Groot, L.de, & Hoos, L. (1975). Een gestructureerde vorm van psychotherapie in groepen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 1, pp. 26-35.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Knorrung von, A., & Bohman, M. (1984). An adoption study of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, 863,871.
- Colm, H. (1966). *The existentialist approach to psychotherapy with adults and children*. Uitgever: Grune and Stratton. New York and London.
- Coryell, W. & Norten, S.G. (1981). Briquet's syndrome (somatization disorder) and primary depression: comparison of background and outcome. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 22, no. 3, 249-256.
- Costa, P.T., & McCrae R.R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging. *American Psychologist*, 40, 19-28.
- Croyle, R.T. & Uretsky, M.B. (1987). Effects of mood on self-appraisal of health

- Cunningham, J.E.A., Strassberg, D., & Roback, H. (1978). Group psychotherapy for medical patients. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 19, no. 2, 135-140.
- Derksen, J.J.L., (1986). *Strukturele diagnostiek van psychiatrische stoornissen*. Uitg. H. Nelissen, Baarn.
- Derksen, J.J.L. (1988). *Diagnostisch interview voor borderline patiënten (D.I.B., Gunderson, J.G.)*. Nederlands vertaling en bewerking door J.J.L. Derksen.
- Deter, H.C. & Reindell, A. (1981). Group treatment in clinical psychosomatics. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, V17, N2, P193-204.
- Dijk, van, W. (1977). Assertieve training bij functionele klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 3, 4, 189-191.
- Dwann C. & Nesbitt, J. (Dec. 1978). Group approach to hypochondriasis. *American Family Physician*, 18 96), p. 23.
- Dworkin R.H. & Caligor A. (1988). Psychiatric diagnosis and chronic pain: DSM-111-R and beyond. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol.3, no.2, pp 87-98.
- Fabrega H., Mezzich J., Jacob R. & Ulrich R. (1988). Somatoform disorder in psychiatric setting: systematic comparisons with depression and anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 176, (7), pp 431, 439.
- Fennis, J.F.M., Bleijenberg, G. & Hermans-Van Wordragen, R. (1990). Psychologic factors in diagnosis, prognosis, and treatment of functional abdominal complaints. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 25 (supl 178), 13-16.
- Folks, D.G., Ford, C.V., & Regan W.M. (1984). Conversion symptoms in a general hospital. *Psychosomatics*, 25, no.4, 285-295.
- Ford, D.H. & Urban, H.B., (1965). *Systems of psychotherapy . A comparative study*. Uitg. John Wiley & Sons, Inc. New York. London. Sydney.
- Ford, C.V., (1983). *The somatizing disorders: illness as a way of life*. Uitgever Elsevier Biomedical.
- Ford, C.V., & Long, K.D. (1977). Group psychotherapy of somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 294-304.
- Ford, C.V. (1983) Group psychotherapy with psychosomatic patients. In: M. Grotjahn, F.M. Kline & C.F.H. Friedman (Eds), *Handbook of Group Therapy* (pp. 130-149). New York: Van Nostrand Reinhold.

- Ford, C.V., & Folks, D.G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*, 371-383.
- Friedman, W.H., Jelly, E., & Jelly, P. (1978). Group therapy in family medicine part 1. *Journal of Family Practice*, vol. 6, no.5., 1015-1018.
- Friedman, W.H., Jelly, E., & Jelly, P. (1978). Group therapy in family medicine part 2. *Journal of Family Practice*, vol. 6, no.6, 1243-1247.
- Friedman, W.H., Jelly, E., & Jelly, P. (1979). Group therapy for psychosomatic patients at a family practice center. *Psychosomatics*, vol. 20, 673-675.
- Frost, R.O., Morgenthau, J.E., Riessman, C.K. & Whalen, M. (1986). Somatic response to stress, physical symptoms and health service use. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 24, no. 5, pp. 569-576.
- Frost, R.O., Morgenthau J.E., Riessman, C.K., & Whalen, M. (1988). Somatic response to stress, physical symptoms and health service use: the role of current stress. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 26, no. 6, pages no. 481-187.
- Gaddini, R. (1977). The pathology of the self as a basis of psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 260-271.
- Gamsa, A., Braha, R.E.D., & Catchlove, R.F.H. (1985), The use of structured group therapy sessions in the treatment of chronic pain patients. *Pain*, Vol. 22, 1, pp. 91-96.
- Gannon, L., & Pardie, L. (1989), The importance of chronicity and controllability of stress in the context of stress-illness relationships. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 12, no. 4, pp. 357-372.
- Groen, J.J., & Pelser, H.E. (1960). Experiences with, and results of, group psychotherapy in patients with bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*: 4: 191-205.
- Groen, J.J. (1979). Het syndroom van de onbehandelbare pijn. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123, nr. 10, 374-379.
- Groenman, N.H. (1988). Symposium "De pijn de Baas". *Behandelingsstrategieën bij chronische pijn: theorie en praktijk*. Uitg. Toll en S., Hengelo (O).
- Grol, R.J., Eyk, F. van, Huygen, F., Mierlo, G. van, Mekkink, H., & Smits, A. (1978). Preventie van somatische fixatie III, IV en V. *Huisarts en Wetenschap* 21, pp 402-410, 486-489.
- Grol, R.J. (1985). Somatische fixatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1985/10.
- Hall, R.C.W., Gardner, E.R., Stickney S.K., LeCann, A.F., & Popkin, M.K. (1980). Physical illness manifesting as psychiatric diseases. *Archives of General*

- Hawton, K, Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.,(Eds.) (1990). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford University Press, New York.
- Hegel M.T., Abel G.G., Etscheidt M. (1989) Behavioral treatment of angina-like chest pain in patients with hyperventilation syndrome. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, Vol 20., no. 1, pp 31-39.
- Hollander, A.M. den., Bruijn, J.A., & Trijsburg, R.W. (1991). Alexithymie: Fenomenologische, etiologische en therapeutische aspecten: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 33/9, pp 577-591.
- Hoogduin K. (1987) De motivering voor psychotherapie bij patiënten met een somatoforme stoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 13, 15-19.
- Hoogduin, C.A.L. & Moleman, P., (1993). Nieuwe inzichten in de diagnostiek van depressie: de identificatie van non-responders bij de behandeling met anti-depressiva. *4e Symposium Klinische Psychologie Nijmegen: Depressie: psychopathologie en preventie*.
- Höppener, A.P.J., & Jour, P. du., (1983). Functionele klachten. 1: Definitie, incidentie, aspecten. *Medisch contact*, nr. 26, pp 790-792.
- Höppener, A.P.J., & Jour, P. du., (1983). Functionele klachten. Slot: Karakterisering patiënten, uitgangspunten hulpverlening. *Medisch contact*, nr. 27, pp 822-825, 793.
- Houdenhove, B. van., (1986). De relatie tussen chronische pijn en depressie (I): Klinische, psychodynamische, leertheoretische en biologische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, nr. 28, pp. 77-101.
- Houpt, J.L., Keefe, F.J., & Snipes, M.T. (1984). The clinical specialty unit: The use of the psychiatry inpatient unit to treat chronic pain syndromes. *General Hospital Psychiatry* 6, 65-70.
- Huygen, F.J.A. (1978). Preventie van somatische fixatie I *Huisarts en wetenschap*, 21, pp 363-369.
- Huygen, F.J.A., Hoogen, H.J.M. van den, Logt, A.Th. van den Smits, A.J.A. (1984). Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. I. Een epidemiologisch onderzoek. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* ; 128: nr.28.
- Imboden, J.B. (1978). Conversion disorders and hypochondriasis. *Journal of Family Practice*, vol. 4, pp 812-864.
- Jaspers, J.P.C., Asma, M.J.O. van, & Bosch, R.J. van den. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift*

- Jonas, J.M. & Pope Jr., H.G. (1985). The Dissimulating disorders: a single diagnostic entity? *Comprehensive Psychiatry*, vol. 26 (1), pp 58-62.
- Kaminsky, M.J., & Slavney, P.R. (1983). Hysterical and obsessional features in patients with Briquet's Syndrome (somatization disorder). *Psychological Medicine*, 13, pp 111-120.
- Karasu, T.B. (1979). Psychotherapy of the medically ill. *The American Journal of Psychiatry*, 136, pp 1-11.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: A review. 1 & II. *American Journal of Medicine*, 72, pp. 127-135 & pp. 241-247.
- Katon, W., Ries, R.K., & Kleinmann, A. (1984). A prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Comprehensive Psychiatry*, 25, pp 305-314.
- Katon, W. (1984). Panic disorder and somatization. *The American Journal of Medicine*, 77: pp 101-106.
- Katon, W. (1984). Depression: relationship to somatization and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45:3, pp 4-11.
- Katon, W., Berg, A.O., Robins, A.J., & Risse, S. (1986). Clinical medicine: Depression - medical utilization and somatization. *Western Journal of Medicine*, 144: pp 564-568.
- Katzenelbogen, S. (1941) Hypochondriacal complaints with special reference to personality and environment. *American Journal of Psychiatry*, vol. 98, pp 815-822.
- Kellner, R. (1975). Psychotherapy in psychosomatic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 32: pp 1021-1028.
- Kellner, R. (1982). Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis. *American Journal of Psychotherapy*, 36: pp 146-157.
- Kellner, R. (1983). Prognosis of treated hypochondriasis. A clinical study. *Acta Psychiatr. Scand.* pp 69-79.
- Kellner, R., Abbott, P., Pathak, D., Winslow, W.W., & Umland, B.E. (1983-84). Hypochondriacal beliefs and attitudes in family practice and psychiatric patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 13 (2), pp 127-139.
- Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis (a survey of empirical studies). *Archives of General Psychiatry*, 42, pp 821-833.

- Kellner, R., Slocumb, J., Wiggins, R.G., Abbott, P.J., Winslow, W.W., & Pathak, D. (1985). Hostility, somatic symptoms, and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 173, no. 9, pp 554-560.
- Kellner, R., Pathak, D., Romanik, R., & Winslow, W. (1985). Life events and hypochondriacal concerns. *Psychiatric Medicine*, Vol. 1, 2, pp. 133-141.
- Kellner, R., Wiggins, R.G., & Pathak, D. (1986). Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students, *Archives of General Psychiatry*, vol. 43, pp. 487-489.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. Uitg. Praeger Publishers.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W.W., & Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, no. 1, pp 20-25.
- Kenyon, F.E. (1964). Hypochondriasis: A clinical study. *Britisch Journal of Psychiatry*, 110, pp 478-488.
- Kenyon, F.E. (1976). Hypochondriacal states (review article). *Britisch Journal of Psychiatry*, 129, pp 1-14.
- Kirmayer, L. (1986). Somatization and the social construction of illness experience. In: S. Mettugh en T.M. Vallis (eds). *Illness behavior: a multidisciplinary model*. New York: Plenum. pp 111-133.
- Knauss, W. (1985). The treatment of psychosomatic illnesses in group-analytic psychotherapy - indications and contra-indications. *Group Analysis*, vol. 18, 3, pp 177-190.
- Knauss, W. (1987) Probleme und Modifikationen der gruppenanalytischen Psychotherapie bei Patienten mit organ-destruktiven psychosomatischen Erkrankungen. Indikationen und Kontraindikationen. *Gruppen psychotherapie und Gruppendynamik* 23: pp 139-153.
- Kole-Snijder, A.M.J., Vlaeyen, J.W.S., Eek, H. van, Schuerman, J.A., & Groenman, N.H. (1990). Cognitie en cognitieve behandeling van chronische pijn: een bron van verwarring. *Gedragstherapie*, jrg. 23, nr. 1, pp 3-16.
- Korrelboom, C.W. en Kernkamp, B. (1988). Angst voor ernstige ziektes en de rol van de arts. Directieve therapie in de huisartsenpraktijk. *Metamedica*, 67, pp 385-396.
- Korrelboom, C.W. (1988). Workshop 'Zelfcontroleprocedures bij hypochondrie en agressie'. *Najaarsconferentie VGT. Woudschoten*. pp 1-10.
- Koster van Groos, G.A.S. (1988) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R*. Uitgever: Swets & Zeitlinger. Lisse.



- Kraaijmaat, F.W., & Huiskes, C.J.A.E. (1989). Stress en pijn bij patiënten met reumatoïde artritis. *Gedragstherapie*, jrg. 22, nr. 4, pp 267-277.
- Krause, R. von, Ebert, B., Czeschick, E.R., & Müller, K. (1977). Group concept in behavior therapy treatment of psychosomatic disorders. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, V.2, 5, N1, pp 64-79.
- Kreitman, N., Sainsbury, P., Pearce, K., & Costain W.R., (1965). Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, III, pp 607-615.
- Kriechman, A.M. (1985). Siblings with somatoform disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 26, 2, pp. 226-231.
- Kruijthof, W., Godaert, G., & Schreurs, P. (1978). Psychosomatiek. Visies, modellen, theorieën. *Tijdschrift Metamedica*, 57, (12), pp. 237-253.
- Kuiper, P.C. (1984). *Nieuwe neurosenleer*. Van Loghum Slaterus. Deventer.
- Künsebeck, H.W., & Freyberger, H. (1987). Follow-up results from a psychosomatic outpatient clinic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 48, (1-4), pp 123-128.
- Lehembre, J. (1983). Een behandelingsstrategie voor chronisch hypochondrische patiënten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 2e jrg. 3 mei, pp 115-123.
- Lesser, I.M., & Rubin R.T. (1978). Diagnostic considerations in panic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 47:6, suppl. pp 4-10
- Lesser, I.M., Ford, C.V., & Friedmann, C.T.H. (1979). Alexithymia in somatizing patients. *General Hospital Psychiatry*, pp 256-261.
- Lesser, I.M., (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 6, pp 531-543.
- Lesser, I.M., (1985). Current concepts in psychiatry: Alexithymia. *The New England Journal of Medicine*, vol. 312, no. 11, pp 690-692.
- Lichstein, P.R. (1986). Caring for the patient with multiple somatic complaints. *South. Med. J.*, 79: pp 310-34.
- Levine, B. (1982) *Groepspsychotherapie. Praktijk en ontwikkeling*. Van Loghum Slaterus. Deventer.
- Linssen, C.G., & Spinhoven, Ph. (1990). Multimodale behandelprogramma's voor chronische rugpijn: een kritische bespreking van het bestaande onderzoek. *Tijdschrift voor Directieve Therapie* jrg. 10, pp 64-84.

- Lipowski, Z.J. (1986). Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association*, 135: pp 609-614.
- Lipowski, Z.J., (1987). Somatization: medicine's unsolved problem. *Psychosomatics*, 28: pp 294-297.
- Lipowski, Z.J., (1988). An inpatient programme for persistent somatizers. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 33, pp 275-278.
- Lipowski, Z.J., (1987). Somatization: the experience and communication of psychological problems as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 47- (3-4), pp 160-167.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, pp 1358-1368.
- Lipsitt, D.R. (1974). Psychodynamic consideration of hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23: pp 132-141.
- Liskow, B., Othmer, E., Penick, E.C., DeSouza, C., & Gabrielli, W. (1986). Is Briquet's Syndrome a heterogeneous disorder? *American Journal of Psychiatry*, 143: pp 626-629.
- Lowen, Alexander and Lesley. (1980) *Bio-energetische oefeningen*. Uitg. Bert Bakker, Amsterdam.
- Lowy, F.H., (1975). Management of the persistent somatizer. *International Journal Psychiatry in Medicine*, vol. 6(1/2), pp 227-239.
- Luteijn, F & Kok, A.R. (1985). *NVM. Nederlandse Verkorte MMPI*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Mally, M.A., & Ogston W.D. (1964). Treatment of the untreatable. *International Journal of Group Psychotherapy*, 14: pp 369-374.
- Marks, I.M. (1969). *Fears and phobias*. Uitg. Hememan Medical Books, Londen.
- Marsden, C.D. (1986). Hysteria: a neurologist's view. *Psychological Medicine*, 16, nr. 2, pp. 277-288.
- Mayou, R. (1976). The nature of bodily symptoms. *British Journal of Psychiatry*, vol 129, pp 55-60.
- McCranie, E.J. (1979). Hypochondriacal neurosis. *Psychosomatics*, vol 20, no. 1, pp 11-15.
- Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *The New England Journal of Medicine*, vol. 286, no. 21, pp 1132-1139.

- Melson, S.J., Ryneerson, E.K., Dortzbach, J., Clark Jr., R.D., & Snyder, A.L. (1982). Short-term intensive group psychotherapy for patients with "functional" complaints. *Psychosomatics*, 23, pp 689-695.
- Mentzel, G. (1976). Conversation group method in a psychosomatic rehabilitation-clinic. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, V10, no. 2, pp 233-248.
- Mezzich, J.E., Fabrega, H., Coffman, G.A., & Haley, R. (1989). DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, vol.146 (2), pp 212-219.
- Miller, L., (1984). Neuropsychological concepts of somatoform disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 14, no. 1, pp 31-46.
- Miller, D., Acton, T.M.G., & Hedge, B. (1988). The worried well: their identification and management. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, vol. 22, no. 3, pp 158-165.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1983). *Psychosomatische ziekten in het gezin. De behandeling van anorexia nervosa*. Sociale Bibliotheek Van Loghum Slaterus.
- Moffaert M. van, & Vereecken A. (1989). Somatization of psychiatric illness in mediterranean migrants in Belgium. *Culture, Medicine and Psychiatry*. sept. vol. 13 (3), pp 297-313.
- Moonen, M., & Beekers, M. (1984). Omgaan met lichamelijke klachten; een op cognitieve verandering gericht behandelings-moduul. *Gedragstherapie*, jrg. 17, no. 4, pp 259-279.
- Moore, J.E., & Chaney, E.F. (1985). Outpatient group treatment of chronic pain: effect of spouse involvement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, jun. vol. 53/ (3), pp. 326-334.
- Moss, E., & Garb, R. (1986). Integrated psychotherapeutic treatment of somatoform and other psychophysiological disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 45, 2, pp. 105-112.
- Nemiah, J.C. (1973). Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology. *Psychotherapy and Psychosomatics* 22, pp 106-111.
- Nemiah, J.C. (1975). Denial revisited: reflections on psycho-somatic theory. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, pp 140-147.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., & O'Gorman, T.W. (1986). Reductions in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 149, pp 631-635.

- Orlemans, J.W.G., & Ten Doesschate, J.A. (1976). Hartziektefobie; een gedragstherapeutisch werkmodel voor behandeling. *Huisarts en Wetenschap*, 19, pp 323-337.
- Orlemans, J.W.G. (1976). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Uitg. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Oudheusden, E. van., Keyzers, J.F.E.M., Groenman, N.H., & Gerards, F.M. (1988). De Maastrichtse Rugschool, een onderzoek naar effecten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 14, no. 5, pp 234-246.
- Parker, G. & Lipscombe, P. (1980). The relationship of early parental experiences to adult dependency, hypochondriasis and utilization of primary physicians. *British Journal of Medical Psychology*, 53, pp 355-363.
- Pennebaker, J.W., & Skelton, J.A. (1978). Psychological parameters of physical symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 4, afl. 4, pp 524-531.
- Pennebaker, J.W., (1982). *The psychology of physical symptoms*. Springer Verlag, New York Heidelberg, Berlin pp. vii-viii, 1-164.
- Peters, C.B., & Grunebaum, H. (1977). It could be worse: effective group psychotherapy with the help-rejecting complainer. *International Journal of Group Psychotherapy*, 27, pp 471-480.
- Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 46, pp 273-285.
- Pilowsky, I. (1978). A general classification of abnormal illness behaviours. *British Journal of Medical Psychology*, 51, pp 131-137.
- Pinsky, J.J. (1978). Chronic, intractable, benign pain: A syndrome and its treatment with intensive short-term group psychotherapy. *Journal of Human Stress*, vol. 4 pp 17-21.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV)*. Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, (STAI-DY). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV)*. Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anger Scale (STAS). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Preuss, H.G. (1975). Group-psychotherapy and psychosomatic medicine. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, V 9, N.2. pp 191-211.
- Puder, R.S. (1988). Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology and Aging*, Vol. 3, 2, pp. 204-207.

- Quill, T.E. (1985). Somatization disorder: one of medicine's blind spots. *JAMA*, 254, pp 3075-3079.
- Rachman, S. (1973). Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Canadian Psychiatric Association*, vol. 18, no. 1, pp 71-74.
- Rachman, S., Levitt, K., & Lopatka, C. (1987). Panic: the links between cognitions and bodily symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 25, no. 5, pp 411-423.
- Rad, M. von, & Rüppel, A. (1975). Combined Inpatient and outpatient group psychotherapy. A therapeutic model for psychosomatics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, pp 237-243.
- Rad, M. von, & Werner K.H. (1981). Combined analytic group therapy of psychosomatic and psychoneurotic patients - a follow-up study. *Gruppen-psychotherapie und Gruppendynamik*, V16, no.4, pp 321-334.
- Ray, C., Lindop, J.J. & Gibson, S. The concept of coping. *Psychological Medicine* 1982, 12. 385-395.
- Reinders, M. (1988). De behandeling van een patient met hypochondrische klachten. *Gedragstherapie*, nr. 21, nr. 1, pp 45-56.
- Rijdt-van de Ven, A.H.J. van de. (1975). Groepswork met patiënten uit huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap*, 18, pp 284-289.
- Roberts, J.P. (1977). The problems of group psychotherapy for psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, pp 305-315.
- Roberts, A.H. & Reinhardt, L. (1980). The behavioral management of chronic pain: long term follow-up with comparison group. *Pain*, no. 8, pp 151-162.
- Rooymans, H.G.M. (1983). De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. I. Somatische ziektebeelden bij psychiatrische patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 127, nr. 51, pp 2323-2327.
- Rooymans, H.G.M. (1983). De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. II. Psychiatrische stoornissen bij lichamelijk zieke patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, vol. 127, no. 51, pp 2327-2330.
- Rooymans, H.G.M. (1986). Onbegrepen lichamelijke klachten en conversie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 130, pp 2174-2178.
- Rooymans, H.G.M. (1990). Stoornissen met bijzondere somatische klachten en verschijnselen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp. *Handboek Psychopathologie*, deel I. Bohn Stafleu van Loghum.

- Roskin G., Mehr A., Rabiner C.J., & Rosenberg C. (1980-1981). Psychiatric treatment of chronic somatizing patients: a pilot study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 10, pp 181-188.
- Rost, D.. (1982). The aggressive behavior of psychosomatic patients in grouptherapy. A study based on the Gottschalk-Gleser-Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. V32, no. 6, pp 193-198.
- Ruiter, C. de, & Garssen, B. (1989). Social anxiety and fear of bodily sensations in panic disorder and agoraphobia: A matched comparison. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. vol. 11, no. 2, pp 175-184.
- Rüger, U. (1986). Stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Frühstörungen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, Band 21, Heft 4, pp 324-336.
- Saarijärvi, S., Lahti, T., and Lahti, I. Time-limited structural couple therapy with chronic low back pain patients. *Family Systems Medicine*, vol. 7, no.3. pp 328 - 338.
- Salkovskis, P.M., & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 24, pp 597-602.
- Salkovskis, P.M. (1990). *Somatic problems. Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems*. Edited by Keith Hawton, Paul M. Salkovskis, John Kirk, David M. Clark, Oxford Medical Publications.
- Schey, S. (1988). *Hypochondrie: een literatuurstudie over etiologie, diagnose en behandeling*. Scriptie: Rijksuniversiteit Groningen.
- Schibalski-Ammon, K. (1980). Reparative Prozesse der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression bei psychosomatische Kranken in Beziehung zur Gruppenstruktur. *Dynamische Psychiatrie*, V. 13, N2-3, pp 83-96.
- Schmidt, A. (1991). Diagnostische aspecten van hypochondrie. *De Psycholoog*, pp. 61-69.
- Schoenberg, B., & Senescu R. (1966). Group psychotherapy for patients with chronic multiple somatic complaints. *Journal of Chronic Diseases*, 19, pp 649-657.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Tellegen, B. & Brosschot, J.F. (1988). *De Utrechtse Coping Lijst : (UCL). Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Schuller, A.B. (1977). About the problem patient. *Journal of Family Practice*, vol. 4, no. 4, pp 653-654.
- Schwieger, Căsar, (1981). *Bio-energetica in de praktijk*. Uitgever Mirananda b.v.,

- Sellschopp-Rüppell, A. (1977). Behavioural characteristics in in-patient group psychotherapy with psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, V. 28, no.1-4, pp 316-322.
- Shapiro, E.G. & Rosenfeld, A.A. (1988). Children with somatoform disorders: diagnostic classification and treatment approaches. *Psychotherapy Patients*, vol. 4 (2), pp 169-188.
- Siegel, M., & Barthel, R.P. (1986). Conversion disorder on a child psychiatry consultation service. *Psychosomatics*, vol. 27, no. 3, pp 201-204.
- Sifneos, P.E. (1972-1973). Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with psychosomatic diseases? *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 21, pp 133-136.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 22, pp 255-262.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. 9th. Eur. Conf. Psychosom. Res., Vienna, 1972. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 22, pp 255-262.
- Sifneos, P.E. (1974). A reconsideration of psychodynamic mechanism in psychosomatic symptom formation in view of recent clinical observations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 24, pp 151-155.
- Sifneos, P.E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 26., pp 65-70.
- Sifneos, P.E., Apfel-Savitz, R. & Frankel, F.H. (1977). Phenomenon of 'alexithymia'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 28, pp 45-57.
- Skinner, J.B., Erskine, A., Pearce, S., Rubenstein, I., Taylor, M. & Foster, C. (1990). The evaluation of a cognitive behavioural treatment program in outpatients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 13-19.
- Slavney, P.R., & Teitelbaum, M.R. (1985) Patients with medically unexplained symptoms. DSM-III diagnoses and demographic characteristics. *General Hospital Psychiatry*, vol. 7, pp 21-25.
- Smith, G.R., Monson, R.A., & Ray, D.C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms, their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, vol. 146, pp 69-72.
- Snijders, J.T.H., Verhage, F (1962). *Groninger Intelligentie Test (GIT)*.

- Snyder, S., & Strain, J.J. (1989), Somatoform disorders in the general hospital inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 11, pp. 288-293.
- Sorbi, M., Tellegen, B. & Vreeswijk, L. (1984). Copingstrategieën bij migraine. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, jrg. 17 nr.1.
- Spinhoven, Ph., & Linssen, A.C.G. (1985). Een groepsprogramma voor patiënten met chronische rugpijn door middel van educatie en zelfhypnose. *Pijn*, 22, pp 5205-1 - 5205-7.
- Spinhoven, Ph., & Linssen, C. (1987). Hypnose en pijnbeheersing. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 2, jrg. 7, pp 88-112.
- Stein, A., Steinhardt, R.W., & Cutler, S.I., (1955). Group psychotherapy in patients with peptic ulcer. *Bull. N.Y. Acad. Med.*, vol. 31, pp 583-591.
- Stewart, D.E., & Raskin, J. (1985). Psychiatric assessment of patients with "20th. century disease" ("total allergy syndrome"). *Canadian Medical Association Journal*, vol. 133, pp 1001-1006.
- Taylor, G., Bagby, R.M., Ryan, D.P., Parker J.D.A., Doody, K.F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the toronto alexithymia scale. *Psychosomatic Medicine*, vol. 50, pp 500-509.
- Thöne, Ph.W.H. (1986). Groepspsychotherapie bij cliënten met psychosomatische klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 12, no.4, pp 233-240.
- Torgerson, S. (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 43, 5, pp. 502-505.
- Tyrer, P., & Lee, I., & Alexander, J. (1980). Awareness of cardiac function in anxious, phobic and hypochondriacal patients. *Psychological medicine*, vol. 10, pp 171-174.
- Valko, R.J. (1976). Group therapy for patients with hysteria (Briquet's disorder). *Diseases of the Nervous System*, 37, pp. 484-487.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (Eds.) (1990). *Handboek Psychopathologie. Deel I*. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Antwerpen.
- Visser, S., Geurtsen, G., & Bouman, T. (1990). Hypochondrie: irrationele angst voor ernstige ziekten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, jaargang 4, 10 november 1990, pp 316-327.
- Visser, S. (1990), Hypochondrie: Het vasthouden aan de irrationele angst voor ernstige ziekten. *Abstracts, Lezing: Najaarsconferentie 22/23 november 1990, Dalfsen (Ov.), Vereniging voor Gedragstherapie*.
- Vitaliano, P.P., Katon, W., Maiuro, R.D., & Russo, J. (1989). Coping in chest pain



patients with and without psychiatric disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 57, nr. 3, pp 338-343.

- Vlaeyen, J.W.S., Snijders, A.M.J., Schuerman, J.A., Bremer, J.J.C.B., Eek, H. van., & Groenman, N.H. (1989). Chronische pijn en het drie-factorenmodel van emoties. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 31, no. 2, pp 100-113.
- Vlaeyen, J.W.S., Eek, H. van, Snijders, A.M.J., Groenman, N.H., & Schuerman, J.A. (1989). De operante behandeling van chronische lage rugpijn: een evaluatie met herhaalde metingen. *Gedragstherapie*, jrg. 22, no. 2, pp 93-105.
- Vlaeyen, J.W.S., Kole-Snijders, A.M., Eek, H. van, Groenman, N.H., & Schuerman, J.A. (1990). *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, jrg. 4, 10 november 1990, pp. 343-358.
- Vliet, K. van, & Gijsbers van Wijk, C. (1990). Symptoomperceptie: een cognitief-psychologische benadering van somatisatie. Selectieve aandacht voor lichamelijke sensaties. *De Psycholoog*, mei 90, pp 205-212.
- Vliet, K. van, & Gijsbers van Wijk, C. (1989). "Het zieke geslacht". Over sekseverschillen in morbiditeit, medische consumptie en de rapportage van lichamelijke symptomen. *Gedrag en Gezondheid*, vol. 17, pp 59-68.
- Vroon, P.A. (1975). Psychosomatiek en cognitieve processen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, jrg. 1, nr. 5, pp 195-210.
- Wahl, C.W. (1963). Unconscious factors in the psychodynamics of the hypochondriacal patients. *Psychosomatics*, vol. 4, pp 9-14.
- Warwick, H.M.C., Salkovskis, P.M. (1985). Reassurance. *British Medical Journal*, vol. 290, page 1028.
- Warwick, H.M.C., & Marks, I.M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *British Journal of Psychiatry*, 152, pp. 239-241.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, vol. 28, no. 2, pp 105-117.
- Weel, C. van. (1977). Werken met groepen in het gezondheidscentrum Ommennoord. Nogmaals: probleemgedrag in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap*, vol. 20, nr. 8, pp 313-318.
- Wepman, B.J. (1988). The body speaks: talk therapy with the wordless. *Psychotherapy and the Somatizing Patient*, vol. 4, 2, pp. 189-195.
- Westerlaak, J.M., Kropman, J.A., & Collaris, J.W.M. (1975). *Beroepsniveau. Beroepenklapper van het Instituut voor Toegepaste Sociologie*. Nijmegen.

- Wickramasekera, J. (1974). Heart rate feedback and the management of cardiac neuroses. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 83 no 5, pp 578-580.
- Willige, G. van de., Sorbi, M., Kluver, R., Godaert, G., Schreurs P., & Vink, I. (1983). Gedrag en Gezondheid: een interactionele benadering. *Gezondheid en Samenleving*, jrg. 4, no. 1, pp 32-41.
- Winter, F. (1988). *De Pijn de Baas*. Intermap b.v., Enschede. (1986).
- Wolberg, L.R. (1989). Treatment of psychiatric disorders associated with medical illness. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, vol. 7 no. 1, pp 7-17.
- Wooley, S.C., Blackwell, B., & Winget, C. (1978). A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research. *Psychosomatic Medicine*, vol. 40, pp 379-401.
- Wulferink, A.J.M., Winter, F.A.M., Boer, H. & Seydel, E.R. (1993). De multidisciplinaire behandeling van chronische pijn. Predictie van resultaten. *Gedrag en Gezondheid. Tijdschrift voor psychologie en gezondheid*, 21, 1, pp 26-39.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. Uitg. Basic Books, Inc., Publishers New York.
- Yalom, I.G. (1981). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Uitg. Van Loghum en Slaterus.
- Zitman, F.G. (1984). Behandeling van patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. In: *De psychiater in het algemeen ziekenhuis*. Onder redactie van H.G.M. Rooymans. Bohn, Scheltema, Holksema, pp 87-98.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



## Curriculum vitae

Hemmie Wessels werd geboren op 2 September 1947 te Lichtenvoorde (Gld.). Na het Staatsexamen HBS-A studeerde hij van 1967 tot 1974 psychologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Na zijn afstuderen werkte hij tot 1980 in een internaat voor gedragsgestoorde zwakzinnigen en enkele jaren op een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Sinds februari 1980 is hij als klinisch psycholoog werkzaam in het Streekziekenhuis Koningin Beatrix te Winterswijk. De auteur is geregistreerd klinisch psycholoog, lid van de Vereniging voor Gedragstherapie en de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie, tevens aspirantlid van de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie en de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie. Hij is ingeschreven in het overheidsregister van psychotherapeuten.



# Stellingen

1. Een kortdurende cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling bij patiënten met een somatoforme stoornis heeft een aantoonbare meerwaarde boven de reguliere medische behandeling (dit proefschrift).
2. Bij wetenschappelijk onderzoek waarin een pretest-posttest design wordt gebruikt is een herhaling van de voormeting geen overbodige luxe. Deze kan licht werpen op de onderscheiden bijdragen van verwachtingseffecten en behandelingseffecten (dit proefschrift).
3. "Doctor-shopping" en somatisering worden niet alleen bekrachtigd door het medisch onderzoek als zodanig, doch ook door de wijze waarop dit onderzoek wordt geïntroduceerd en toegelicht aan de patiënt. (Kreitman, N., Sainsbury, P., Pearce, K., & Costain W.R., (1965). Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, III, pp 607-615).
4. De uitspraak: "Groepstherapie kan helpen bij bijna alles wat individuele therapie kan, vooropgesteld dat er een geschikte groep beschikbaar is en dat de client de groep als behandelingsmethode aanvaardt" (Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie. Praktijk en ontwikkeling*. Van Loghum Slaterus. Deventer) wordt niet ondersteund door de (poli)klinische praktijk.
5. Bij de behandeling van somatoforme stoornissen dient men er rekening mee te houden dat deze een adequate vorm van coping kunnen zijn.
6. Het streven naar zorg op maat heeft pas kans van slagen zodra hulpverleners en hulpverlenende instanties patiëntenbelangen durven laten prevaleren boven beroepsbelangen en instituutbelangen.
7. Het vele ongecontroleerde onderzoek naar het effect van groepsbehandelingen wordt mede in stand gehouden doordat de dubieuze resultaten van dit onderzoek te weinig worden weersproken door goed gecontroleerd onderzoek.
8. Uit de resultaten van onderzoek waaruit blijkt dat geprotocolleerde therapieën net zo effectief kunnen zijn als geïndividualiseerde therapieën en dat een belangrijk deel van de therapeutische werkzaamheid gebaseerd is op a-specifieke factoren, mag niet worden geconcludeerd dat indicatiestelling overbodig is.
9. Een goede therapeutische werkrelatie kan de ongewenste gevolgen van een onjuiste indicatiestelling teniet doen.

Stellingen behorende bij het proefschrift van H.H. Wessels,  
De groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis.

20 juni 1994







